

# MECOSAN

*Italian Quarterly of Health Care Management, Economics and Policy*

edita sotto gli auspici del Ministero della salute

ANNO XV – N. 60 OTTOBRE-DICEMBRE 2006

## IN QUESTO NUMERO

### PUNTO DI VISTA

**3** Niente Happy New Year per la sanità

*Elio Borgonovi*

**9** Temi ricorrenti e temi nuovi nel dibattito degli altri Paesi: alcuni spunti dalla XVII conferenza annuale dell'ALASS

*Carlo De Pietro*

### CONVEGNO ALASS - ASSOCIAZIONE LATINA PER L'ANALISI DEI SISTEMI SANITARI

**15** Equità e accessibilità nella sanità messicana. Valutazione economica del processo di ricerca e ottenimento dei servizi

*Armando Arredondo, Patricia Nájera M.*

**25** Politiche sanitarie e diritti dei pazienti. Il governo delle liste di attesa in Italia

*Giovanna Vicarelli*

**37** L'equità nel sistema sanitario romeno tra principi teorici e condizioni reali

*Corina Mihaela Chivu, Dana Otilia Farcasanu*

**45** Il trasferimento da parte del Brasile della strategia mondiale di lotta alla tubercolosi: relazioni tra livelli di governo

*Fátima Teresinha Scarparo Cunha, Sulamis Dain*

**51** Politiche pubbliche di promozione della salute mentale tra condizioni locali e proposte delle agenzie internazionali: il caso di Medellín

*Alba Emilce Gaviria Méndez*

**61** La tutela e la promozione della salute dei migranti in Friuli-Venezia Giulia, nell'ottica del lavoro di rete e della medicina transculturale

*G. Pitzalis, L. Battigelli, V. Brussi, D. Gnesutta, M. Menotti, P. Monte, D. Sebastianutto, F. Sostero*

**73** La realizzazione dei valori professionali degli infermieri neolaureati in Italia

*Antonella Santullo, Elisabetta Rebecchi*

**81** Il reclutamento degli infermieri in formazione in Francia tra programmazione nazionale e bisogni locali

*Marie-Thérèse Rapiou, Jean Riondet, Guillaume Biot-Paquerot*

**91** Soddisfazione rispetto al lavoro e turnover dei medici nel «Programa de Saúde da Família»

*Claudia Valentina de Arruda Campos, Ana Maria Malik*

**99** Comparazione internazionale dei sistemi di classificazione dei pazienti

*Cécile Blein, Denis Clot, Michel Lamure*

## COLOPHON

### COMITATO SCIENTIFICO

**Elio Borgonovi** (coordinatore)  
*Ordinario d'economia delle amministrazioni pubbliche - Università Bocconi di Milano - Direttore dell'Istituto di Pubblica Amministrazione e Sanità*

**Luca Anselmi**  
*Ordinario di Economia aziendale - Università di Pisa*

**Sabino Cassese**  
*Ordinario di diritto amministrativo - Università La Sapienza di Roma*

**Siro Lombardini**  
*Ordinario di Economia - Università di Torino*

**Antonio Pedone**  
*Ordinario di Scienze delle Finanze - Università La Sapienza di Roma*

**Fabio Roversi Monaco**  
*Ordinario di diritto amministrativo - Università di Bologna*

### FONDATORE E DIRETTORE RESPONSABILE

**Luigi D'Elia**  
*Direttore generale - Azienda ospedaliera S. Giovanni - Roma*

### CONDIRETTORE E DIRETTORE SCIENTIFICO

**Elio Borgonovi**

### COORDINAMENTO EDITORIALE

**Mario Del Vecchio**

### COORDINATORI DI SEZIONE

**Gianmaria Battaglia**  
**Luca Brusati**  
**Chiara Peverelli**  
**Carlo Ramponi**  
**Rosanna Tarricone**

### SEGRETERIA DI REDAZIONE

**Silvia Tanno**

### REDATTORI

**Giorgio Casati**  
**Giovanni Fattore**  
**Giorgio Fiorentini**  
**Andrea Garlatti**  
**Alessandra Massei**  
**Marco Meneguzzo**  
**Franco Sassi**  
**Antonello Zangrandi**  
**Francesco Zavattaro**

### CORRISPONDENTI ESTERI

**Michael Schofield** (Manchester)  
**Gustav Schacter** (Boston)

### DIRETTORE EDITORIALE

**Anna Gemma Gonzales**

#### **DIREZIONE**

00197 Roma – Viale Parioli, 77  
Tel. 06.80.73.368 – 06.80.73.386  
Fax 06 80 85 817  
E-mail: sipised@tin.it

#### **REDAZIONE**

20135 Milano - Viale Isonzo, 23  
Tel. 02.59.362.600  
Fax 02.59.362.598  
E-mail: mecosan@uni-bocconi.it

#### **PUBBLICAZIONE**

Edita da SIPIS, soc. ed. iscritta al n. 285 del reg. naz. della stampa in data 22 settembre 1982  
Registrata presso la Cancelleria del Tribunale di Roma con il n. 3 in data 8 gennaio 1992  
Fotocomposta da SIPIS srl  
Stampata dalla Grafica Ripoli, Via Paterno, Villa Adriana - Tivoli (RM) - Tel. e fax 0774.381.700  
Spedita in abbonamento postale, c. 1, art. 1, D.L. n. 353/03 (conv. in L. n. 46/04)  
Prezzo di una copia € 68,00

#### **PROPRIETÀ LETTERARIA RISERVATA**

Si ricorda che è un reato fotocopiare la rivista o parti di essa senza l'autorizzazione dell'editore; chi fotocopia la rivista o parti di essa si espone a: 1) multa penale [art. 171, lett. a), L. n. 633/41] da € 51,65 a € 2.065,83; 2) azioni civili da parte di autori ed editori; 3) sanzioni amministrative (art. 1, L. n. 159/93) da € 516,46 a € 5.164,57; fotocopie per uso personale del lettore possono essere effettuate nei limiti del 15% di ciascun volume/fascicolo di periodico dietro pagamento alla Siae del compenso previsto dall'art. 68, c. 4, L. n. 633/41, ovvero dall'accordo stipulato tra Siae, Aie, Sns e Cna, Confartigianato, Casa, Clai, Confcommercio, Confesercenti il 18 dicembre 2000, applicando su ogni foglio la contromarca prevista dall'accordo del 17 novembre 2005; tale contromarca sarà l'unica prova dell'avvenuto pagamento dei diritti. Si ricorda in ogni caso che la sostituzione della rivista originale con fotocopie della stessa in tutto o in parte rischia di distruggere la cultura stessa e la rivista con un pregiudizio irreparabile per la ricerca.

# Niente Happy New Year per la sanità

ELIO BORGONOVÌ

*Per il Ssn non è stato un inizio da Happy New Year. Infatti, oltre ai soliti casi di mala sanità (reali, presunti o derivanti da una cultura che «rifiuta di pensare che si possa morire giovani e nel pieno delle proprie forze»), si sono aggiunti:*

- a) *il caos dei primi giorni di applicazione dei nuovi ticket sul pronto e per le analisi e visite specialistiche;*
- b) *il servizio giornalistico sulla sporcizia al Policlinico «Umberto I», seguito dalle ispezioni dei NAS sulle condizioni igienico-sanitarie di una buona parte degli ospedali italiani con l'individuazione di altri casi di degrado «oltre i limiti tollerabili» per strutture che dovrebbero tutelare la salute e non esporla a maggiori rischi;*
- c) *la scoperta di nuove e gravi «truffe» a danno del Ssn per accertamenti e attività fatturate anche se non svolte e per classificazioni «distorte» dei ricoveri a fini di ottenere il rimborso di tariffe (Drg) più alte e più remunerative per le strutture di offerta.*

*Essendo facilmente prevedibili i tempi di approvazione della finanziaria ed essendo certi i pochi giorni lavorativi tra l'approvazione e la fatidica data di entrata in vigore, sarebbe stato facile dare una ampia informazione anticipata sulle modalità di applicazione dei nuovi ticket, attuare una più efficace comunicazione ai cittadini delle Regioni, nelle quali in precedenza i ticket non erano applicati, che avrebbero trovato una amara sorpresa allo scoccare della mezzanotte. Sarebbe stato anche facile prevedere e programmare l'adeguamento delle casse automatiche ai nuovi livelli di ticket che, una volta noti, avrebbero potuto essere facilmente inseriti nei programmi. Si sarebbero potute individuare alcune persone cui i medici, gli infermieri, i cittadini avrebbero potuto rivolgersi nei casi, sempre presenti nei momenti di cambiamento, incerti e di dubbio. Le aziende meglio organizzate hanno seguito questo iter e in esse i disagi sono stati minori. Nelle aziende meno organizzate, le disfunzioni operative hanno rappresentato un pericoloso «moltiplicatore dell'insoddisfazione» per misure di per sé già impopolari. Oppure, si sarebbe potuta prevedere l'entrata in vigore al 15 gennaio per dare tempo anche alle strutture meno organizzate di gestire l'adeguamento non sotto la pressione dei «tempi stretti» del periodo delle festività natalizie e di preparazione al nuovo anno.*

*Con riferimento alla gravità e alle preoccupazioni suscitate dall'indagine, giornalistica prima e dalle ispezioni dei NAS poi, sulle condizioni di pulizia (o meglio di mancanza di pulizia) e delle precarie condizioni igienico-sanitarie degli ospedali, si può sottolineare che il problema è noto da tempo, era stato più volte denunciato da molti responsabili delle stesse strutture sanitarie sotto accusa, ma rappresenta una amara realtà: spesso si interviene sui problemi, si cerca di affrontarli e di risolverli solo quando essi arrivano a un punto in cui scatta la logica, la pressione, lo stimolo dell'urgenza, dell'emergenza e della pressione dell'opinione pubblica. L'Italia, per la quale da tempo gli analisti economici, politici, sociali avevano formulato il paradosso del «calabrone che vola», appare spesso incapace di comportamenti collettivi e di politiche pubbliche guidate dalla logica della funzionalità, della razionalità, dalle previsioni sulla evoluzione dei fenomeni, ma poi si dimostra capace e reattiva (almeno finora) a reagire alle condizioni di emergenza, di pericolo imminente, ossia di*

*fermarsi «prima del precipizio, della rottura del sistema» come spesso si afferma. Gli eventi di inizio anno sembrano rientrare a pieno titolo in questo paradigma.*

*Quanto agli episodi di malasanita, di errori, negligenze, disfunzioni che hanno avuto conseguenze tragiche come sono i casi di «morti evitabili», si tratta di un fenomeno grave e doloroso che, tuttavia, spesso viene ampliato sul piano mediatico ed appare più grave di quanto di quanto esso non sia in realtà se si considera il fatto che una parte significativa delle denunce si rivela poi infondata.*

*Eppure per il nuovo anno c'erano, e ci sono, le premesse e le condizioni per un dibattito e un confronto di ben altro tipo, di ben altro livello, a partire dal decreto Bersani di luglio sulla liberalizzazione della vendita di farmaci da banco al di fuori delle farmacie e nei grandi centri commerciali, per proseguire con il documento intitolato, un po' enfaticamente dato il contesto in cui si colloca, il «New Deal della sanità» con il Patto sulla salute sottoscritto tra Stato e Regioni, e anche da alcune misure previste nella legge finanziaria che hanno recepito sul piano legislativo indirizzi dei documenti precedenti.*

*Per quanto riguarda il decreto Bersani, in questa sede non interessa riprendere le polemiche e le contrapposizioni che hanno preceduto, accompagnato e seguito la sua approvazione, né entrare nel merito dei suoi effetti sul piano della dinamica dei prezzi, dei consumi e sul piano dell'atteggiamento e dei comportamenti (virtuosi o pericolosi) con riguardo all'uso di farmaci. Si intende sottolineare, invece, l'effetto che esso ha avuto con riguardo alla riflessione sul ruolo e il posizionamento delle farmacie nel sistema di tutela della salute, e in quello economico più in generale. Dopo le forti polemiche e le resistenze contro il provvedimento di liberalizzazione delle vendite, la sua entrata in vigore ha indotto l'associazione delle farmacie, ma soprattutto i farmacisti (i professionisti) che in esse operano a interrogarsi sul proprio ruolo e la propria professionalità. Sono riemerse ed hanno acquistato forza le tesi del modello della «farmacia come presidio del sistema della salute» e dei farmacisti come professionisti dotati di conoscenze e competenze che possono contribuire in modo determinante a diffondere più corrette informazioni sui farmaci, alla educazione sanitaria per quanto riguarda il loro uso (consigli per evitare l'abuso e per porre una adeguata attenzione ai possibili effetti collaterali). Data la capillare localizzazione delle farmacie, cui vanno aggiunti i farmacisti presenti nei centri commerciali abilitati alla vendita dei farmaci non soggetti a prescrizione, il Ssn ha a disposizione un fondamentale canale per far arrivare l'informazione personalizzata, che è diversa ed integra quella impersonale (e non sempre controllata) di internet e dei portali della salute, ad un numero elevato di cittadini non solo con riguardo ai farmaci, ma anche con riguardo alla attenzione da dare a certi sintomi (con ciò si integra la funzione dei medici di medicina generale) e la richiesta di poter attrezzare le farmacie per svolgere accertamenti semplici sullo stato di salute. Si tratta di una nuova disponibilità che non sarà semplice raccogliere e inserire all'interno della organizzazione e del funzionamento delle aziende sanitarie territoriali ma di cui sarà necessario tener conto. Alcune di esse, che già si sono mosse nella linea del ricercare una maggiore integrazione delle farmacie come «presidi dell'azienda», fanno intravedere seppure in via sperimentale e considerate le caratteristiche delle esperienze pilota di avanguardia, che spesso non sono generalizzabili, molti possibili vantaggi sul piano della valorizzazione professionale e della motivazione dei farmacisti, di una maggiore responsabilizzazione di cittadini e anche sul piano del contenimento dei costi.*

*Spetta alle Regioni recepire questo nuovo atteggiamento, sostenere e promuovere esperienze pilota di integrazione delle farmacie nelle politiche di tutela della salute e nella organizzazione funzionale delle aziende sanitarie, di diffondere rapidamente le soluzioni positive, le cosiddette best practices.*

*A sua volta il New Deal della salute elaborato e lanciato dal Ministero parte da una idea-concezione forte che è condivisibile. Per affrontare i problemi e le disfunzioni che affliggono il sistema di tutela della salute, in modo diverso nella componente pubblica e in quella privata e nelle diverse Regioni o aziende sanitarie occorre essere in grado di generare una*

*tensione positiva, immettendo nel sistema «energia positiva» che è data soprattutto dalle motivazioni e dagli atteggiamenti individuali e collettivi. Ciò può essere fatto principalmente proponendo un grande progetto per il futuro capace di aumentare la credibilità del sistema nei confronti dei pazienti e in generale dei cittadini e di mobilitare medici, infermieri, altri operatori della salute, personale amministrativo, manager e politici che hanno scelto il settore della tutela della salute non solo, e a volte non tanto, come avrebbero scelto altre professioni e altri campi di attività, ma perché convinti e decisi ad impegnare «i propri talenti» per contribuire a garantire un fondamentale bisogno e diritto delle persone, quello del recupero, mantenimento, miglioramento del benessere fisico e psichico di altre persone. Un progetto, inoltre, che possa diventare un terreno di alleanza e di collaborazione con le molte imprese di vari settori (da quello farmaceutico a quello delle tecnologie mediche, da quello delle costruzioni a quello della fornitura dei beni di consumo, da quelli dei servizi a quello della finanza) che costituiscono la catena delle attività, il circuito di consumi-produzione, la catena del valore generato dai bisogni di salute. L'ipotesi che «prospettare uno scenario di largo respiro e di lungo periodo» sia il modo migliore per affrontare i problemi e le criticità di oggi, scenario che propone obiettivi di «equilibrio» più avanzati e più soddisfacenti, è sicuramente una buona ipotesi. È molto migliore di quella orientata nella direzione del contenimento della spesa che, se da un lato può spingere alla razionalizzazione dell'offerta e alla competizione sulla qualità, dall'altro tende inevitabilmente a ridurre la copertura dei bisogni (riduzione dei LEA garantiti dallo Stato) o ad aumentare i livelli di compartecipazione alla spesa (aumento dei ticket nel sistema pubblico, aumento dei livelli e del tipo di franchigia nelle assicurazioni e nei fondi salute privati). La competizione tra pubblico e privato, all'interno del pubblico e all'interno del privato, a sua volta, può determinare effetti positivi con l'eliminazione delle strutture meno funzionali ed efficienti, ma determina strutturalmente e inevitabilmente effetti di «adverse selection» e di differenziazione-polarizzazione tra gruppi che hanno una tutela della salute di altissimo livello e altri gruppi che hanno livelli di tutela della salute sempre più bassi.*

*Come tutti i documenti di questa natura, anche il New Deal della salute italiano è caratterizzato da parole chiave che dovrebbero fungere da elemento di aggregazione di motivazioni, da catalizzatore di professionalità e volontà, da indirizzo per le politiche e gli interventi da adottare. Alcune richiamano i valori di fondo che dovrebbero stare alla base del rilancio: umanizzazione del contesto in cui si svolgono le attività di tutela della salute, che non possono essere solo tecniche e scientifiche, legalità, che significa riconoscimento sostanziale dei diritti dei pazienti, quadro di integrazione europea (che prevede la mobilità dei pazienti ma anche dei professionisti) e di apertura ad un mondo globale. Il richiamo all'umanizzazione, oltre che imprescindibile ed in un certo senso necessario, va inteso da un lato come richiamo alle origini dei sistemi di tutela della salute e dall'altro come un nuovo modo di proiettarsi nel futuro. Si tratta di un richiamo alle origini in quanto i primi ospedali sono nati in Italia e in Europa come luoghi nei quali si davano le poche cure allora possibili alle persone appartenenti agli «strati più bassi della popolazione povera» (allora non si usavano ancora le parole «classi», fasce o gruppi sociali»), ma soprattutto assicuravano una «ospitalità» piena di attenzione, di comprensione, di vicinanza, di solidarietà di altruismo e carità umana (e spesso religiosa) a coloro per i quali non esistevano rimedi alla morte. Erano luoghi di accompagnamento al momento più traumatico della vita, quello della morte, con il massimo rispetto della dignità della persona. Il richiamo alla umanizzazione è proiezione nel futuro in quanto assume tanti significati:*

- a) *la naturale evoluzione dal concetto di «lotta alle malattie», a quello di «recupero, mantenimento, promozione del benessere fisico e psichico delle persone», a quello di una salute come condizione nella quale, oltre al benessere fisico e psichico, la persona è parte di un contesto nel quale si sente soggetto di relazioni» da parte di chi si prende cura di lei e non oggetto di atti, prestazioni, procedure, accertamenti solo professionali (semplicemente curare invece che prendersi cura);*

- b) esplicita il principio secondo cui, dopo aver aggiunto anni alla vita, oggi e nel futuro la sfida per la scienza e per la sua applicazione è quello di aggiungere qualità agli anni;
- c) mette in guardia contro il rischio di abbandonarsi ad nuova «illusione razionalista» secondo cui lo sviluppo delle conoscenze e la tecnologia (e non le modalità e le forme del loro uso) risolveranno i problemi dell'umanità, e nello specifico della salute.

*Il richiamo alla legalità, che potrebbe sembrare superfluo e per certi aspetti sorprendente in un Paese che si richiama al modello dello Stato di diritto, è pienamente giustificato dal fatto che la rilevanza sociale ed economica della salute costituisce un terreno fertile per il radicamento di fenomeni di illegalità, da quelli della sporcizia e del mancato smaltimento dei rifiuti nocivi per «creare occasioni di affari» governati dalla malavita organizzata, a quelli di ritardi e liste di attesa creati «volontariamente» nelle strutture pubbliche o private accreditate per «dirottare» i pazienti verso strutture e servizi «a pagamento», a fenomeni di «mafia del caro estinto», fino ai casi più gravi di vendite e trapianto clandestino di organi.*

*Il richiamo all'Europa e al mondo intende sottolineare l'impatto sul funzionamento del sistema di fenomeni molto diversi, ma rilevanti quali il ricorso a persone provenienti da altri Paesi per sopperire a carenze di certe professioni (infermieri in Italia e in altri Paesi e il recente caso che è stato riportato dalla stampa del medico italiano «ingaggiato» per periodi temporanei dal sistema del Regno Unito), l'organizzazione dei servizi (a partire dal pronto soccorso) per una utenza sempre più multi-etnica e multiculturale con riguardo al concetto di salute, spesso condizionata da situazioni di immigrazione clandestina. L'attenzione all'Europa e al mondo è di rilevanza con riguardo alla rapida diffusione di conoscenze e di informazioni, alle scelte di politiche del farmaco, alle tecnologie mediche, alla ricerca nel campo delle scienze della persona che non portino all'emarginazione del nostro Paese rispetto alle scelte delle imprese multinazionali (e globali) ed ai centri di eccellenza della ricerca. Infine, la creazione di un «ambito europeo della tutela della salute» influenza fenomeni di creazione di grandi gruppi privati che operano nel settore e una nuova dimensione del rapporto pubblico-privato.*

*Il New Deal è poi qualificato da una parola che costituisce il ponte tra domanda e offerta, tra la società e il sistema di tutela della salute, tra soggetti che hanno tra loro un rapporto asimmetrico sul piano psicologico e delle attività. Questa parola è la fiducia. Ricostruendo un clima di fiducia a vari livelli del sistema, da quello della frontiera del pronto soccorso o dei servizi di urgenza ed emergenza sul territorio (interventi del 118), ai rapporti tra professionisti, ai rapporti tra professionisti e manager, tra aziende e Regioni, tra Regioni e Stato sarà possibile agire positivamente sulla eliminazione degli sprechi e delle inefficienze delle aziende, su un uso più corretto dei servizi (ricorso al pronto soccorso solo in stato di reale bisogno), contenere il consumo dei farmaci inutili, promuovere cause di malpractice contro gli errori medici solo nei casi in cui vi siano comportamenti, fatti e sospetti molto fondati e non ogni volta che accadono fatti imprevedibili, o difficilmente prevedibili, o molto rari secondo il calcolo delle probabilità.*

*La fiducia immette nel sistema energia positiva e favorisce i «comportamenti collaborativi» che rendono più facile la soluzione di problemi che di per sé sono già molto complessi, mentre la mancanza di fiducia spesso rende difficile anche la soluzione di problemi semplici, crea entropia organizzativa e di risorse (si svolgono attività che non si rivolgono ai pazienti, e molte risorse finanziarie sono destinate al funzionamento delle strutture o nella soluzione di conflitti e non si trasformano in servizi per i pazienti).*

*Affinché la fiducia non rimanga un concetto astratto, un auspicio, un richiamo alla buona volontà delle persone, nel Documento sono indicate le condizioni su cui essa si può e si deve basare:*

- a) *la qualità delle prestazioni, meglio della risposta ai bisogni che, come è noto, nel caso della prevenzione significa promuovere comportamenti idonei ad evitare condizioni che richiedono l'erogazione di prestazioni (di diagnosi, cura, riabilitazione);*

- b) *la cultura del risultato, che significa superare la logica dell'adempimento (atto medico, amministrativo, tecnico o tecnologico) per considerarne l'integrazione al fine di ottenere una risposta complessiva, vuol dire capacità di ricostruire le modalità di funzionamento (processi assistenziali) partendo dal bisogno, dal paziente, dalla situazione che si deve fronteggiare (epidemia, emergenza sanitaria, rischi sanitari) e non dalla applicazione delle leggi, dalle strutture organizzative che si contendono funzioni e competenze, dalla minimizzazione dei costi o dal pareggio di bilancio (che diventa una componente degli obiettivi, dei risultati e non un vincolo all'azione);*
- c) *la responsabilizzazione, intesa come atteggiamento positivo secondo cui persone (paziente, medico, infermiere, altro operatore, personale tecnico-amministrativo, responsabili di strutture semplici o complesse, direttore generale, dirigenti delle Regioni e del Ministero, politici a livello locale regionale o nazionale) perseguono le proprie esigenze, i propri interessi, i propri obiettivi in modo compatibile, anzi rafforzativo della capacità dell'intero sistema di ottenere i migliori risultati.*

*Cultura della qualità, dei risultati e della responsabilità devono progredire contemporaneamente poiché si rafforzano a vicenda. In particolare, la cultura della responsabilità richiede un forte senso delle istituzioni. Ognuno deve agire secondo i propri valori, interessi, obiettivi, ma deve accettare di autolimitarsi quando ciò produce un danno per le istituzioni, rende difficile la loro funzionalità, ne determina ritardi, in sostanza si traduce in minor valore in termini di livello di salute dei pazienti attuali e futuri (come nel caso delle politiche di prevenzione).*

*Infine, le due parole chiave che richiamano il contesto: l'unitarietà del sistema pur nel quadro di processi di decentramento e responsabilizzazione non solo previsti sul piano istituzionale, ma irreversibili, e la politica delle alleanze. La complessità degli interventi di tutela della salute, l'interdipendenza sempre più spinta richiesta tra vari soggetti per applicare politiche e realizzare gli interventi, reperire risorse sia per la tutela della salute di oggi (attività di assistenza) sia di quella di domani (investimenti in ricerca) rende essenziale la collaborazione concordata, non imposta con leggi e decreti, tra le aziende pubbliche, tra le aziende pubbliche e quelle private (segmentazione coordinata alle aree di attività e degli investimenti), tra soggetti che erogano servizi di tutela della salute, soggetti che finanziano l'attività (come nelle forme di project finance per gli investimenti), soggetti che forniscono tecnologia, attrezzature, farmaci, altri beni sanitari, altri servizi. In questo quadro dovrebbe essere soprattutto approfondito il tema dei rapporti pubblico-privato.*

*Da una analisi attenta del Documento non si riscontrano, o almeno non appaiono così evidenti, altre due parole chiave che oggi sono molto importanti: il merito e la competizione propulsiva. Senza strumenti per valutare se le scelte e i comportamenti di soggetti individuali, collettivi (società scientifiche e professionali) e istituzionali sono coerenti con ciò che esprimono le parole chiave del New Deal, non sarà possibile distinguere chi si impegna concretamente per il nuovo progetto (non interessa infatti una adesione culturale o astratta), da chi invece contrasta o resta agnostico rispetto al progetto di rilancio della salute, chi ne realizza i contenuti in modo migliore di altri, né premiare in varie forme (monetarie, di carriera, in altro modo) i primi rispetto ai secondi.*

*Per concorrenza propulsiva si intende la tensione al continuo miglioramento della propria attività e dei propri risultati, al fare meglio di altri soggetti, secondo regole e comportamenti specifici però, che derivano dall'oggetto (la salute e non un qualsiasi altro bene di consumo). Le regole devono, in sostanza, prevedere l'emarginazione dei soggetti meno efficaci nel dare risposte di salute, meno efficienti nell'uso delle risorse di ogni tipo (tecniche, finanziarie, umane), meno attenti alla qualità, ma devono, anche, garantire il rispetto dei principi di un sistema di interesse pubblico (copertura generalizzata, interventi disponibili anche per chi non ha la disponibilità di pagare, ecc.), in sostanza il perseguimento dell'ottimo dei singoli soggetti (ottimo parziale) non deve mai essere in contrasto con l'ottimo generale.*

*Ci si può domandare perché allora il confronto e il dibattito sul New Deal non siano mai decollati nel nostro Paese in un periodo in cui temi quali nuovi progressi della ricerca fanno prevedere grandi cambiamenti per il prossimo futuro, il rilancio del ruolo dei medici e degli altri professionisti (clinical governance) impone un affinamento e una specificazione del modello aziendale, il vento della liberalizzazione in tutti i settori dei servizi sta modificando il rapporto tra pubblico e privato, si diffondono teorie e proposte di politiche che considerano la spesa sanitaria non solo come spesa finale di consumo, ma come nuovo possibile motore dell'economia.*

*Senza entrare nel merito del documento, dei suoi contenuti, dell'efficacia delle analisi e della linea di intervento prospettato, i motivi possono essere sintetizzati nei seguenti termini:*

- a) iniziative tipo New Deal devono essere sostenute da un governo forte, deciso, compatto, che abbia messo quel tema nei primi posti della propria agenda: condizioni assenti nell'attuale governo;*
- b) esse devono essere sostenute da una specifica e mirata campagna di comunicazione e da una organica serie di iniziative di dibattito e confronto promosse anche dai media: cosa che non è avvenuta, il che ha fatto diventare il New Deal della salute uno dei tanti documenti «letti e archiviati»;*
- c) la capacità di portare e tenere il tema ad un alto livello del dibattito tra gli addetti ai lavori e nell'opinione per alcuni mesi, evita di cadere nelle trappole delle «cose urgenti e quotidiane che scacciano le cose rilevanti e di lungo periodo» (legge di Gresham sulla moneta che si applica in molti altri campi): il dibattito e le polemiche sulla finanziaria, il cui processo di approvazione (tre mesi) è giudicato da tutti assurdo e incompatibile con le esigenze di una società e di una economia monetaria, hanno di fatto impedito di alzare il tono del dibattito sul New Deal;*
- d) infine, la scarsità delle risorse. un progetto di ampio respiro e di rilancio richiede investimenti e risorse, che poi avranno un «ritorno» in termini di qualità dell'assistenza ed economico rilevante.*

*Le nozze (il New Deal) «con i fichi secchi» (poche risorse) non si possono fare o sono tristi. Tenendo conto di queste considerazioni si può cercare con tutti i soggetti istituzionali coinvolti, in primis Governo, Ministero della salute, Regioni, Fondazioni delle aziende sanitarie, società scientifiche, sindacati, studiosi ed esperti del settore, di trovare il modo per riempire di «temi alti a favore dei pazienti» il dibattito sul New Deal e sui nuovi assetti istituzionali (patto Stato-Regioni) e organizzativi del sistema. Ciò potrebbe fare diventare veramente un happy year per il sistema della salute un anno che non sembra nato sotto una buona stella. Ciò che potrebbe sembrare una «morgana», un desiderio (wishful thinking) può diventare una realtà se i vari soggetti metteranno in campo una decisa volontà di imboccare la strada della collaborazione e della ricerca di soluzioni cosiddette «a somma maggiore di zero» (soluzioni win-win), considerando, ad esempio, la liberalizzazione delle vendite dei farmaci senza prescrizione o degli accertamenti diagnostici non come decisione che «fa perdere mercato» alle farmacie, ai laboratori o centri diagnostici tradizionali, ma come occasione per creare nuove opportunità e trasformare la struttura dell'offerta.*

# Temi ricorrenti e temi nuovi nel dibattito degli altri Paesi: alcuni spunti dalla XVII conferenza annuale dell'ALASS

CARLO DE PIETRO<sup>(\*)</sup>

## 1. L'Associazione Latina per l'Analisi dei Sistemi Sanitari

*Questo numero di Mecosan raccoglie alcuni dei contributi presentati in occasione della XVII conferenza annuale ALASS (Associazione Latina per l'Analisi dei Sistemi Sanitari; cfr. box 1) che si è tenuta a Milano dal 5 al 7 ottobre 2006. La conferenza ha visto la partecipazione di 260 persone provenienti da quattordici Paesi di lingua neolatina.*

*Il tema principale della conferenza 2006 è stato «I sistemi sanitari tra dinamiche globali e risposte locali». Si tratta di una tematica ampia, come dibattuto nel corso delle tre giornate di lavori. Gli effetti della globalizzazione stanno, infatti, modificando profondamente l'organizzazione e la gestione dei servizi sanitari. Per anni il settore sanitario è stato protetto rispetto a tali dinamiche da tradizioni locali e forte regolamentazione nazionale, ma oggi la circolazione internazionale dei saperi, la mobilità delle persone, lo sviluppo tecnologico e i processi d'integrazione politica (ad esempio attraverso l'Unione europea) evidenziano un profondo cambiamento di scenario.*

*La stessa associazione ALASS costituisce un ottimo esempio concreto di comunità transnazionale, in cui il confronto tra esperienze maturate in più Paesi diviene strumento per migliorare la funzionalità interna dei diversi sistemi nazionali. Sembra dunque sempre più necessario «pensare globale per agire locale»: una buona azione locale dipende in modo sempre più importante da quanto siamo capaci di interpretare le trasformazioni e le tendenze dell'ambiente internazionale.*

*Particolarmente centrate in tal senso sono state le interessanti comunicazioni che hanno riguardato:*

- i possibili sviluppi della e-health, della e-medicine e delle possibilità che i sistemi informativi offrono per la formazione e l'aggiornamento professionale;*
- i servizi sanitari offerti agli immigrati e in ogni caso sviluppati all'interno di comunità multietniche;*
- il ruolo di internet nelle conoscenze e nella responsabilizzazione dei pazienti;*
- la cooperazione internazionale in campo sanitario e l'azione delle organizzazioni internazionali;*
- il reclutamento internazionale del personale sanitario, con riguardo in particolare agli infermieri;*
- i servizi sanitari durante le emergenze umanitarie;*
- l'introduzione di standard internazionali per la gestione della qualità, la classificazione dei pazienti e delle prestazioni (con gli aggiustamenti fatti al sistema Drg nei diversi contesti nazionali), nonché l'individuazione di sistemi di programmazione e controllo.*

(\*) CERGAS e SDA Bocconi

### Box 1 L'ALASS

L'ALASS (Associazione Latina per l'Analisi dei Sistemi Sanitari; [www.alass.org](http://www.alass.org)) è un'associazione scientifica e professionale i cui scopi sono la promozione degli interscambi, lo sviluppo della ricerca congiunta come pure la formazione dei professionisti dei Paesi di cultura latina nel campo dell'analisi dei sistemi sanitari. L'attività dell'Associazione è centrata sulle specificità proprie dei Paesi di cultura latina.

I settori di interesse sono, in particolare:

- la pianificazione, l'organizzazione e la gestione dei servizi sanitari;
- l'analisi dei fattori che influenzano lo stato di salute e l'utilizzo dei servizi;
- lo sviluppo di metodi di valutazione delle pratiche professionali, delle tecnologie e degli interventi di promozione della salute;
- l'analisi delle politiche e delle strategie sanitarie.

L'ALASS prevede associazioni individuali e istituzionali.

I soci individuali sono circa 500 provenienti da 15-20 Paesi. Essi sono professionisti sanitari, accademici, manager e persone provenienti da istituzioni pubbliche di regolamentazione del settore.

I soci istituzionali sono circa 40, basati in 9 Paesi:

#### ANDORRA

Ministeri de Salut, Benestar Social i Família. Andorra

#### BELGIQUE

AEPS – Association des Etablissements Publics. Bruxelles

ANMC – Alliance Nationale des Mutualités chrétiennes. Bruxelles

Centre Hospitalier Universitaire Sart Tilman. Liège

Union Nationale des Mutualités Socialistes. Bruxelles

Université Catholique de Louvain. Département des Sciences Hospitalières et Médico-Sociales. Bruxelles

Université Libre de Bruxelles. Hôpital Erasme. Bruxelles

#### CANADA

Université de Montréal. Secteur de la Santé Publique. Montréal

Institut National de la Santé Publique du Québec. Québec

ICIS – Institut Canadien d'Information sur la Santé . Ottawa, ON

#### ESPANA

Escuela Andaluza de Salud Pública. Granada

Escuela de Servicios Sanitarios y Sociales de Canarias – Consejería de Sanidad del Gobierno de Canarias

Escuela Nacional de Sanidad. Instituto de Salud Carlos III. Madrid

EVES – Escola Valenciana d'Estudis per a la Salut. Valencia

Fundación para la Cooperación y Salud Internacional Carlos III. Madrid

Hospital Universitario Dr. Peset. Servei Valencià de la Salut. Valencia

IB Salut – Govern de Balears

Ministerio de Sanidad y Consumo de España

O+Berri. Instituto Vasco de Innovación Sanitaria

Servei Català de la Salut. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Generalitat de Catalunya. Barcelona

#### FRANCE

AP-HP – Assistance Publique-Hôpitaux de Paris

HAS – Haute Autorité de Santé. Paris

IRDES – Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé. Paris

Université Catholique de Lille. CRESGE – Centre de Recherches Economiques Sociologiques et de Gestion

Université de Rennes 1

Université Lyon III. IFROSS – Institut de Formation et de Recherche sur les Organisations Sanitaires et Sociales et leurs réseaux

#### ITALIA

Azienda per i Servizi Sanitari n. 4 – Medio Friuli. Udine

Università Commerciale L. Bocconi. CERGAS. Milano

#### LUXEMBOURG

Centre de Recherche Public Gabriel Lippmann. Luxembourg

EHL – Entente des Hôpitaux Luxembourggeois. Luxembourg

#### ROMANIA

ARSPMS – Asociația Română de Sănătate Publică și Management Sanitar. București

Institutul National de Cercetare Dezvoltare in Sanatate. Bucuresti

#### SUISSE-SVIZZERA

Département de l'Economie et de la Santé. Canton de Genève. Genève

Département de la Santé et de l'Action Sociale. Canton de Vaud. Lausanne

Dipartimento della Sanità e della Socialità. Cantone del Ticino. Bellinzona

Hôpitaux Universitaires de Genève. Genève

Service de la Santé Publique. Canton du Valais. Sion

Accanto a tali analisi direttamente collegate al tema principale della conferenza, questa ha poi ospitato comunicazioni e poster su altri argomenti, da sempre presenti nel dibattito interno all'Associazione. Tra questi ricordiamo gli assetti di governance istituzionale e le condizioni di accesso ai sistemi sanitari, l'organizzazione delle cure primarie e il ruolo della medicina di famiglia, i servizi per la salute mentale, gli impatti dell'invecchiamento, ecc.

## 2. Gli obiettivi di questo numero di Mecosan

I dieci articoli che seguono sono rappresentativi del dibattito interno all'associazione ALASS e delle sue potenzialità. Ma si può ragionevolmente affermare che essi costituiscono una buona rappresentazione del dibattito di politica sanitaria che si svolge all'interno dei Paesi di lingua neolatina.

Tale dibattito è solo in parte sovrapponibile a quello presente sulle riviste internazionali, scritte in inglese e spesso centrate sui Paesi anglosassoni. Infatti, se la progressiva adozione di una sola lingua franca (e quindi dell'inglese) è un fenomeno naturale e anzi estremamente utile al confronto scientifico internazionale, ciò nondimeno porta inevitabilmente a una rendita linguistica per alcuni Paesi e a una loro sovra-esposizione nel dibattito. Come conseguenza di ciò, le analisi e la discussione finiscono per concentrarsi sui Paesi leader (Stati Uniti e Regno Unito in primis), sui loro sistemi sanitari, i problemi più urgenti che incontrano, le soluzioni che le loro università propongono. E anche quando nel dibattito si affacciano analisi che riguardano altri Paesi, è inevitabile che esse procedano per confronto e differenza con quanto fatto o pensato nei Paesi leader, adottando le categorie analitiche lì sviluppate.

In tal senso, i contributi del presente numero vogliono offrire l'occasione per una prospettiva diversa, meno mediata dal dibattito anglosassone e capace di presentarci esperienze o problemi vissuti in Paesi meno presenti nella letteratura internazionale, sia scientifica sia professionale. Più in particolare, i contributi qui di seguito presentati vogliono al contempo:

- evidenziare alcuni fenomeni legati alla globalizzazione che hanno impatti diretti sugli assetti istituzionali, sulle pratiche gestionali e sui comportamenti professionali dei sistemi sanitari nazionali o locali. È questo ad esempio il caso dell'organizzazione di servizi sanitari erogati a favore di immigrati non regolari nei Paesi europei (cfr. il contributo di Pitzalis et al.), ma anche il caso dell'implementazione nazionale e locale di politiche sanitarie definite a livello internazionale (cfr. Dain);

- confermare una forte e concreta rilevanza delle diverse dimensioni della globalizzazione per il dibattito scientifico e per la gestione dei sistemi sanitari. In tal senso si può intendere ad esempio il contributo di Blein et al., che guarda ai vari sistemi adottati nei diversi Paesi per la classificazione dei pazienti;

- riaffermare differenze importanti nelle condizioni materiali dei vari Paesi ma anche nei valori collettivi che li informano: per le profonde differenze rispetto all'Italia e agli altri Paesi ad alto reddito, si considerino ad esempio i casi di Romania (cfr. Chivu e Farcasanu) o Colombia (cfr. Gaviria).

Per il lettore italiano, uno sguardo ai problemi e alle analisi relative agli altri Paesi fa risaltare meglio alcune condizioni e caratteristiche del nostro sistema sanitario che spesso il dibattito interno tralascia dandole per scontate.

D'altro canto, le analisi proposte negli articoli che seguono mette in luce problemi comuni che trovano risposte e soluzioni diverse nei differenti Paesi, come risultato di specificità persistenti nei loro valori politici e collettivi, nell'assetto istituzionale dei sistemi sanitari, nel grado di penetrazione delle logiche manageriali ecc.

Rispetto al primo punto l'esempio più chiaro viene dal tema dell'accesso e dell'equità, centrale per il dibattito nell'America centrale e meridionale (cfr. Arredondo e Nájera), ma anche in quello di Paesi europei già socialisti (cfr. Chivu e Farcasanu), che stanno completando un complesso e spesso problematico passaggio a sistemi politici democratici aperti

e all'economia di mercato. L'enfasi sull'inclusione sociale, sulla necessità di rafforzare i meccanismi di controllo democratico del sistema sanitario, sui diritti dei cittadini e sulla necessità di una maggiore equità nel finanziamento e poi nell'accesso ai servizi sanitari, è strettamente legata ai livelli di ricchezza dei diversi Paesi e alla loro storia politica e sociale recente, che contribuisce in modo determinante a spiegarne le sperequazioni sociali ed economiche interne.

Anche in tal caso, si può dunque sostenere che la globalizzazione sembra avere effetti sia positivi sia negativi. Da un lato essa apre opportunità prima non disponibili, ma dall'altro può favorire una maggiore polarizzazione nelle condizioni economiche di famiglie e individui all'interno delle comunità politiche, può rendere più difficile attuare politiche redistributive spinte ecc.

Più in generale, il dibattito in corso in molti Paesi di lingua neolatina riafferma in modo estremamente chiaro come il sistema sanitario sia elemento centrale dei sistemi di welfare ma forse, ancor più a fondo, condizione necessaria e pilastro attorno al quale si costruisce l'identità collettiva e si dà concretezza a quelle che il Amartya Sen definisce *capabilities individuali*. In altre parole, il sistema sanitario costituisce sia uno strumento fondamentale di soddisfazione dei bisogni dei cittadini (bisogni di cura, di assistenza, di protezione sociale ecc.), sia un'importante occasione di inclusione sociale e coinvolgimento politico nella progettazione del sistema e delle sue regole di funzionamento.

In questo senso il confronto col dibattito italiano mostra differenze rilevanti. Nel nostro Paese infatti l'enfasi negli ultimi anni è stata posta sul management e semmai, di recente, sul professionalismo, lasciando in secondo piano quelli della politica e della partecipazione che avevano dominato al momento dell'istituzione del Servizio sanitario nazionale e negli anni immediatamente successivi.

Rispetto al secondo punto sollevato, e cioè l'emersione di problemi comuni che trovano risposte diverse nei differenti Paesi, i contributi presentati su questo numero della rivista mettono in luce almeno quattro aspetti, in parte collegati tra loro:

– un primo tema è quello della crescente specializzazione delle competenze tecnico-scientifiche dei professionisti sanitari, con riferimento in particolare al caso degli infermieri (cfr. Santullo e Rebecchi per l'Italia e Rapiou et al. per la Francia). Si tratta di un tema fondamentale, destinato a svilupparsi ancora in futuro, almeno per le necessità legate alla costruzione di un mercato del lavoro internazionale (riconoscimento dei diplomi e delle certificazioni professionali, diritto di stabilimento nei Paesi Ue ecc.) e per le irrisolte conseguenze del sistema delle professioni sull'organizzazione del lavoro e sulla gestione del personale (disegno della struttura organizzativa, reclutamento e selezione, valutazione delle competenze, politiche retributive ecc.);

– un secondo tema, strettamente collegato al precedente, mette in luce la necessità d'integrazione e coordinamento tra i diversi livelli di assistenza e le diverse professioni sanitarie. A livello macro, si tratta d'integrare l'assistenza primaria, l'assistenza specialistica per acuti, i servizi legati alla gestione delle cronicità e all'assistenza socio-sanitaria (cfr., per alcuni aspetti particolari, Campos e Malik). In tal senso, se confrontato con altri Paesi il Ssn italiano appare caratterizzato da un livello d'integrazione relativamente forte, pur non mancando spazi per ulteriori rilevanti miglioramenti. A livello micro, si tratta invece della divisione del lavoro tra le diverse professioni e dei meccanismi di coordinamento tra i professionisti che operano nello stesso ambito assistenziale o sugli stessi pazienti;

– un terzo tema che emerge dal dibattito internazionale è la ricerca di sistemi per la misurazione degli input, degli output, degli outcome e della qualità dell'assistenza (cfr. ad esempio Blein et al.). A sua volta, tale tema è collegato al rafforzamento di alcuni fattori abilitanti, in primo luogo al progresso delle tecnologie informatiche e di comunicazione. D'altro canto, la definizione di sistemi di misura è condizione necessaria per lo sviluppo di quasi-mercati che, all'interno del settore sanitario, siano capaci di perseguire meglio obiettivi di efficienza allocativa e produttiva. Un'esigenza collegata alla precedente ma più generale, che spinge verso la misurazione degli accadimenti economici nel settore sanitario, sembra essere la

richiesta di una maggiore accountability delle aziende e dei professionisti (e quindi di controllabilità dei comportamenti professionali) che vi operano. Si tratta cioè d'integrare la deontologia professionale e i controlli di tipo giuridico-legale con altre logiche, capaci di render conto in modo diretto ai cittadini, ai politici, ai pazienti e ai manager;

– infine, un quarto tema sollevato riguarda il bisogno di trovare nuove modalità di governo della domanda. Pochi decenni fa tale compito poteva in buona sostanza essere delegato alle scelte dei professionisti. Oggi invece la crisi fiscale dello stato e la conseguente messa in discussione dei sistemi di welfare, insieme a dinamiche strutturali quali l'invecchiamento della popolazione e lo sviluppo tecnologico, richiedono nuove soluzioni capaci di operare una selezione sempre più esplicita (e a volte «tragica») dei bisogni e delle risposte che i sistemi pubblicistici di tutela della salute sono chiamati a fornire. Nei Paesi sviluppati ciò sembra richiedere una nuova fase di politica sanitaria e di partecipazione attiva (cfr. Vicarelli), in cui accanto all'attenzione per l'efficienza produttiva si ponga altrettanto se non maggiore attenzione ai temi di costo-efficacia e si coinvolgano comunità e cittadini correttamente informati sulle scelte di politica sanitaria.

### 3. Conclusioni

Il dibattito e la letteratura internazionali in tema di politica e management sanitario risentono di una inevitabile dominanza anglosassone, che porta a conoscere bene i sistemi di quei Paesi e molto meno quelli di altri, pur interessanti per il lettore italiano. Gli articoli qui presentati non possono certo sanare tali carenze. Ciò nonostante, essi mirano a ricordare la presenza di altri sistemi, di altri problemi e anche di altre premesse culturali presenti in Paesi a noi vicini per prossimità geografica o per radici culturali.

Le analisi e le esperienze maturate nei Paesi di lingua neolatina costituiscono termini di paragone e riflessione utili anche per il sistema sanitario italiano e per le persone che vi operano. Di più, la globalizzazione in campo sanitario per come definita sopra rende sempre più utile – e forse necessaria – lo sviluppo di logiche e risposte comuni a sfide e problemi che spesso assumono rilevanza sovra-nazionale o che comunque possono trovare soluzioni solo a livello sovra-nazionale. In ogni caso, l'efficacia delle risposte locali deve tener conto in modo sempre più attento delle evoluzioni che avvengono a livello internazionale, provando – per quanto possibile e utile – a gestirle o quanto meno a non subirle passivamente.

Infine, le analisi e il dibattito che riguardano altri Paesi rappresentano un modo efficace per ripensare – a volte anche apprezzandole – alle caratteristiche del nostro sistema sanitario. In tal modo sarà forse possibile sdrammatizzare alcuni problemi percepiti come particolarmente gravi e, viceversa, sarà forse possibile evidenziare carenze che caratterizzano il nostro sistema e sono invece già state risolte altrove.

**Rivista aperta a contributi**

Mecosan, la cui redazione è curata dal CERGAS, Centro di Ricerche sulla Gestione dell'Assistenza Sanitaria, è una rivista aperta al contributo di chiunque desideri offrire testimonianze, opinioni, notizie e resoconti di studi e ricerche che abbiano attinenza con i temi dell'economia e della gestione manageriale delle aziende e dei sistemi sanitari, che abbiano il requisito dell'originalità e siano volti a privilegiare il valore dell'innovazione. La lingua ammessa è l'italiano.

**Condizioni essenziali per la considerazione dei manoscritti e l'ammissione al referaggio**

Non saranno considerati ed ammessi al referaggio i contributi che non rispettano le seguenti condizioni: 1) i manoscritti sottoposti a Mecosan non devono essere già stati pubblicati o presentati per la considerazione presso altre riviste;

2) i manoscritti devono rispettare gli standard di struttura, abstract, note, tabelle, riferimenti bibliografici precisati di seguito.

Gli autori sono invitati a rispettare le richieste relative alla forma e allo stile per minimizzare ritardi e necessità di revisione. Inoltre, allo scopo di garantirne l'anonimato nel processo di referaggio, gli autori stessi dovrebbero evitare ogni riferimento che ne possa consentire l'individuazione.

**Invio del manoscritto**

Il manoscritto dovrà essere presentato alla rivista sia su copia cartacea sia su file.

La copia cartacea va spedita a:

Redazione Mecosan  
CERGAS, Università L. Bocconi, Viale Isonzo, 23 - 20135 Milano

La copia sul file va inviata alla casella e-mail: [mecosan@uni-bocconi.it](mailto:mecosan@uni-bocconi.it)

**Formato e stile**

Carattere: times new roman 12

La prima pagina dovrà contenere: 1) il titolo che non superi le novanta battute, 2) i nomi degli autori, 3) i loro titoli e le istituzioni di appartenenza, 4) l'indicazione dell'autore che curerà la corrispondenza e il suo indirizzo completo, 5) eventuali ringraziamenti.

Nella seconda pagina compariranno l'abstract in inglese (massimo 120 parole) e il Sommario che deve essere breve ed indicare solo il primo livello dei paragrafi, preceduti da numeri arabi seguiti dal punto. (Esempio: SOMMARIO: 1. Introduzione - 2. Parte prima - 3. Parte seconda - 4. Conclusioni - 5. Appendici).

Si richiede uno stile lineare e scorrevole e il testo inviato deve essere già stato sottoposto al controllo ortografico. È raccomandato l'utilizzo della forma impersonale.

**Titoli dei paragrafi**

Preceduti dai numeri arabi seguiti dal punto. È previsto un solo livello di sottoparagrafi. Altre partizioni saranno segnalate da un solo titolo privo di numerazione e in corsivo.

Esempio: **1. La programmazione nelle aziende**

1.1. Gli attori del processo

*Il ruolo della direzione amministrativa*

**Tabelle, grafici e figure**

Devono essere richiamati nel corso degli articoli con riferimenti puntuali e forniti in stampa separata dal testo e in un file diverso con un titolo. Si ricorda agli autori che Mecosan è una rivista in bianco e nero, dunque non saranno accettati articoli che contengono figure a colori. Le rappresentazioni grafiche saranno accettate a condizione che siano accompagnate da tabelle numeriche riportanti i dati di riferimento.

**Note**

Con richiami numerici. Se ne consiglia la brevità ed è preferibile che non vi compaiano lunghe ed eccessive citazioni o riferimenti bibliografici.

**Lunghezza articoli**

Indicativamente i saggi dovranno essere tra le cinquemila e le diecimila parole, per le altre sezioni si consiglia di non eccedere le settemila parole.

**Riferimenti bibliografici**

Si devono effettuare con il sistema autore-data (e non con i numeri progressivi) nel corpo del testo o in nota secondo la seguente forma: (Borgonovi, 2000). Le indicazioni corrispondenti si devono riportare alla fine dell'articolo nella bibliografia, dopo le note, in ordine alfabetico, secondo il seguente esempio:

**Monografie**

BORGONVI E. (2000), *Principi e sistemi aziendali per le amministrazioni pubbliche*, Egea, Milano.

BRUNETTI G. (1979), *Il controllo di gestione in condizioni ambientali perturbate*, Milano: Franco Angeli.

**Pubblicazioni con più autori**

BRUNS W.J., KAPLAN R.S. (a cura di) (1987), *Accounting and Management: Field Study Perspectives*, Boston, MA: Harvard Business School Press.

**Saggi in pubblicazioni**

KAPLAN R.S. (1985), «Accounting lag: the obsolescence of cost accounting systems», in K. Clark, C. Lorenze (a cura di), *Technology and Productivity: the Uneasy Alliance*, Boston, MA: Harvard Business School Press, pp. 195-226.

**Articoli in riviste**

MENEGUZZO M., DELLA PIANA B. (2002) «Knowledge management e p.a. Conciliare l'inconciliabile?», *Azienda pubblica*, 4-5, pp. 489-512.

**Rapporti/Atti**

OECD (1999), *Principle of corporate Governance*, Paris: OECD.

**Non pubblicati**

ZITO A. (1994), «Epistemic communities in European policy-making», Ph.D. dissertation, Department of Political Science, University of Pittsburgh.

Per citazioni multiple dello stesso autore e nello stesso anno, far seguire a, b, c, ecc. all'anno.

I testi non citati nell'articolo che eventualmente si vorranno segnalare dovranno essere inseriti in una bibliografia separata.

# Equità e accessibilità nella sanità messicana.

## Valutazione economica del processo di ricerca e ottenimento dei servizi

ARMANDO ARREDONDO, PATRICIA NÁJERA M.

*The Mexican healthcare system is based on the principle that citizen contribute to the expenses in relation to their income. The implementation of this principle relies on a mixed public – private system in which the poorer part of population should born a lighter economic burden in order to receive adequate care. The article analyses, for the ambulatory sector, the total costs born by individuals and families in order to actualy access to healthcare services. When all the costs such as transportation, diagnostic services, visits and drugs are considered inequalitis and violations of declared principles become evident. The analysis carried out shows how the poorer part of mexican population pay more to access to health services and compare these costs with the average income.*

### Note sugli autori

Armando Arredondo è ricercatore presso l'Istituto Nazionale di Sanità Pubblica de Mexique  
aarredon@insp.mx  
Patricia Nájera M. è consulente regionale dell'Organizzazione Panamericana della Sanità, Washington, D.C. USA

L'adattamento italiano è stato curato da Attilio Gu-  
giatti - CER GAS, Bocconi

### 1. Introduzione

Nei Paesi a reddito medio come il Messico uno sforzo importante è stato compiuto negli ultimi anni per risolvere i problemi di equità e accessibilità in funzione dei bisogni di salute dei differenti gruppi sociali (Dunlop, 1990). Malgrado gli interventi legislativi messi in atto dopo la creazione dei sistemi sanitari nei Paesi a reddito medio (SSA, 1994, 2000), esiste una mancanza di consenso in materia di tecniche e metodologie che permettano di valutare le performance dei sistemi sanitari, in particolare dal punto di vista economico (Arredondo, 2005; Drummond, 1985).

Per quanto concerne il sistema sanitario messicano, esso è stato concepito e strutturato dalle sue origini in funzione dei meccanismi di produzione e finanziamento dei servizi e secondo il principio del far partecipare i cittadini al suo finanziamento in relazione al loro reale potere di acquisto. Da questo punto di vista, è stato creato un organismo federale in grado di allocare le risorse ai differenti programmi sanitari, in relazione ai bisogni di salute dei differenti gruppi sociali considerati prioritari (Arredondo, 2005). Sono state definite tre strategie politiche di assegnazione delle risorse pubbliche: risorse per i non assicurati, risorse per lavoratori dipendenti assicurati presso istituzioni sanitarie pubbliche e risorse per i lavoratori assicurati del settore privato. La nascita del sistema sanitario attuale può essere collocata nel 1943, anno della creazione dell'IMSS (*Instituto Mexicano del Seguro Social* – Istituto messicano per la Sicurezza sociale)

### SOMMARIO

1. Introduzione
2. Materiali e metodi
3. Risultati
4. Discussione e conclusioni

e del SSA (*Secretaría de Salud*, Ministero della sanità), i due principali attori del sistema sanitario messicano.

In Messico si è configurato un sistema sanitario basato sul principio di cittadinanza e costituito da una componente pubblica e una componente privata. La componente pubblica comprende a sua volta due sottosettori: il primo, rappresentato dal Ministero della sanità (SSA), finanziato dal sistema fiscale, destinato a proteggere finanziariamente la popolazione non salariata che affronta problemi sanitari, caratterizzati da un costo minimo o nullo dei servizi sanitari per i cittadini ai quali i servizi sono erogati sulla base delle condizioni economiche. Il secondo è rappresentato dalla Sicurezza sociale, finanziata dai lavoratori, dallo Stato e dalle imprese e destinato a risolvere i problemi sanitari della popolazione salariata, senza costi per l'assicurato al quale i servizi sono erogati sulla base del principio delle priorità tra i diversi gruppi sociali. La componente privata del sistema sanitario risponde, invece, al principio del potere di acquisto con costi variabili in funzione delle regole di mercato. Questi servizi privati sono destinati a tutti gli utilizzatori che, sulla base della loro condizione economica o socioculturale, decidono di non ricorrere ai servizi sanitari delle istituzioni sanitarie pubbliche.

Ogni sottosettore del sistema sanitario presenta una situazione molto particolare dal punto di vista del costo dell'assistenza sanitaria. In effetti, l'organizzazione di ogni istituzione sanitaria deve essere analizzata su due piani: da una parte, per gli erogatori di servizi sono rilevanti i costi di produzione degli stessi, dall'altra per gli utilizzatori sono rilevanti i costi della ricerca e dell'ottenimento del servizio (Correa, 2005; Mills, 1988). È questo duplice livello di analisi ad essere strettamente legato ai principi di equità e di accessibilità e non ancora sufficientemente sviluppato nei Paesi a reddito medio (Nájera, 1998; Hertzman, 1997).

Nel caso dei servizi sanitari e ai fini di questa analisi, i costi sono definiti come l'ammontare di risorse impegnate dagli utilizzatori dei servizi nel corso di un evento qualunque nel processo di ricerca e ottenimento delle cure mediche (Parada, 2003; Hulka, 1985). L'analisi delle spese sostenute dall'utilizzatore di servizi sanitari co-

stituisce una variabile di studio molto pertinente in materia di equità, di accessibilità e di programmazione sanitaria, in particolare nell'attuale contesto di riforma del settore nei Paesi a reddito medio, soprattutto per quello che rappresenta in termini finanziari l'impegno economico degli utilizzatori nel corso del processo di ricerca e ottenimento di assistenza sanitaria in questi Paesi (Donabedian, 1988; Freidson, 1986; Rosenstok, 1966).

In effetti, nel corso del processo di ricerca e ottenimento di assistenza sanitaria dal settore pubblico o privato e indipendentemente dal sistema di riferimento (Giordano, 2000), i consumatori (utilizzatori del sistema sanitario) impegnano risorse finanziarie che, ai fini di questa analisi, rappresentano un impatto importante sui loro redditi al momento di utilizzare il servizio. Ciò vale sia per gli assicurati, quando decidono di recarsi presso una istituzione di assistenza pubblica o privata, sia per i non assicurati, quando ricorrono alle istituzioni della Sicurezza sociale.

In questo contesto, l'oggetto di studio di questo articolo è limitato al costo del processo di ricerca e ottenimento di assistenza sanitaria ambulatoriale, prendendo come indicatori di performance del sistema sanitario l'equità e l'accessibilità. Per fare questo abbiamo differenziato il costo per gli utilizzatori in funzione del tipo d'istituzione presso la quale si sono recati, della loro condizione socioeconomica e dell'adesione o meno alla Sicurezza sociale. L'analisi farà riferimento ai costi diagnostici, ai costi medici propriamente detti (visite), ai costi dei farmaci e ai costi della ricerca di assistenza (spese di trasporto).

## 2. Materiali e metodi

L'inchiesta nazionale è stata condotta attraverso due questionari principali: uno destinato a tutti i componenti di gruppi familiari selezionati, l'altro destinato a persone che hanno dichiarato di aver usufruito di servizi sanitari nel corso dei quindi giorni precedenti la raccolta delle informazioni. L'universo di osservazione e di analisi è stata la popolazione dei gruppi familiari selezionati, vale a dire tutte le persone che al momento dell'inchiesta appartenevano ai gruppi familiari di ogni regione messicana. La popolazione

*target* era costituita dalle donne che avevano la responsabilità della famiglia con oltre 18 anni di età.

La copertura geografica dell'indagine si è estesa a 5 regioni messicane: sono stati visitati 12.615 gruppi familiari a livello nazionale e sono state raccolte informazioni relative a 61.524 individui. Il tasso globale di risposta è stato del 96,7%, simile sia per i gruppi familiari sia per gli utilizzatori effettivi di servizi sanitari. Per la campionatura le unità di studio locali sono state raggruppate nelle 5 regioni con circa 2.523 gruppi familiari selezionati per ciascuna regione, cifra calcolata sulla base di una valutazione di utilizzo dei servizi sanitari del 15%, di una affidabilità del 95% e di una significatività dell'80%. Per la scelta dei gruppi familiari ogni regione è stata oggetto di una campionatura stratificata su diversi livelli, utilizzando un campione di gruppi familiari fornito dal Ministero della sanità.

Le basi di dati sono state strutturate usando procedure di caricamento tradizionali per l'applicazione di programmi specifici di validazione e l'utilizzo di criteri di congruenza. Gli intervalli di confidenza delle principali variabili sono stati valutati con l'utilizzo del programma SUDAAN. L'analisi statistica è stata condotta con il programma SPSS.

Ai fini dell'analisi dei costi durante il processo di ricerca, ottenimento e *follow-up* di assistenza medica ambulatoriale per uno specifico problema di salute, presentiamo di seguito la descrizione, la delimitazione e l'utilizzo delle variabili studiate.

Le variabili indipendenti considerate sono state: le condizioni assicurative, definite dal diritto a ricevere servizi della Sicurezza sociale, specificate dalla popolazione (assicurato/non assicurato); il reddito medio annuo del gruppo familiare (vale a dire i redditi delle persone economicamente attive della famiglia ponderati rispetto al numero dei suoi componenti) e la tipologia di istituzione sanitaria a cui le persone si sono rivolte con 4 possibilità: organizzazioni della Sicurezza sociale (IMSS e ISSTE), organizzazioni del Ministero della sanità, organizzazioni sanitarie private *for profit* e altre organizzazioni sanitarie (*non profit* e altre organizzazioni pubbliche). Sia i costi per i consumatori che i percentili di reddito sono stati convertiti

in dollari americani. Per fare questo si è utilizzato il tasso di cambio medio rilevato nel giugno del 2005, 9,5 pesos messicani per 1,00 dollaro americano (USD). Per quanto concerne la variabile del reddito familiare medio annuo, la media dei redditi è stata imputata come una nuova variabile ad ogni membro della famiglia. Sulla base di questa nuova variabile le famiglie sono state classificate secondo la loro distribuzione in quartili e precisamente: da 0 a 2.258, da 2.258 a 4.457, da 4.457 a 8.914 e oltre 8.914 dollari americani (USD).

Le variabili dipendenti comprendono: le spese sostenute del consumatore, vale a dire i costi di trasporto verso la struttura assistenziale, i costi della cura, i costi dei farmaci, i costi degli esami di laboratorio e radiologici, altri costi e costo medio totale. Sono state ugualmente considerate le spese dirette e indirette sostenute dalla popolazione nel corso del processo di ricerca e ottenimento dell'assistenza sanitaria, in particolare i costi indicati da 3.319 utilizzatori di assistenza medica ambulatoriale nel corso dei 15 giorni precedenti l'indagine.

È stato realizzato uno studio di regressione al fine di individuare le determinanti dei costi dei servizi sanitari. Sono state incluse in questo studio le variabili rappresentative delle caratteristiche degli utilizzatori: motivo della richiesta di assistenza, diritto alla Sicurezza sociale, reddito economico e tipo di ambiente di vita (rurale o urbano). Le variabili indipendenti definite sono state le seguenti:

- motivo della richiesta assistenziale (malattia o prevenzione);
- reddito (elevato, medio, basso);
- diritto alla Sicurezza sociale (sì o no);
- luogo di residenza (rurale o urbano).

Per costituire la variabile dipendente è stata introdotta una variabile dicotomica (costo elevato superiore a 15 USD = 1, costo basso inferiore a 15 USD = 0). Per la regressione le differenze fra le variabili sono state modificate partendo dalla prima categoria e in funzione di questa sono stati calcolati i valori di Beta e dell'esponente di Beta in relazione alla variabile dipendente.

### 3. Risultati

Il numero stimato di utilizzatori di servizi sanitari è stato pari a 4.683.673 persone, delle quali 2.951.159 hanno sostenuto spese per ottenere i servizi. Il costo medio di trasporto è stato pari a 2,20 USD, mentre il costo medio della visita ha raggiunto i 7,99 USD. Per quanto riguarda gli utilizzatori dei servizi che hanno ricevuto una prescrizione medica, il costo medio dei farmaci è stato pari a 9,60 USD e per coloro che hanno effettuato esami di laboratorio o radiologici la spesa media a loro carico è stata pari a 13,60 USD (si veda la **tabella 1**). Le altre spese sostenute per l'accesso alle prestazioni sanitarie sono state valutate in un *range* variabile tra i 6,80 e i 24,28 USD.

Il costo medio complessivo per singola prestazione assistenziale ambulatoriale è stato valutato in 22,70 USD. Per quanto riguarda i costi indicati dagli utilizzatori dei servizi sanitari in funzione dell'organizzazione erogatrice degli stessi si è osservato un costo più elevato per le istituzioni sanitarie private *profit* (in media 45,70 USD). I costi medi rilevati per le altre tipologie organizzative sono stati più bassi: per servizi sanitari erogati dal SSA 17,10 USD, da altre istituzioni pubbliche per non assicurati 12,10 USD e infine gli utilizzatori non assicurati che si sono rivolti a strutture della Sicurezza sociale hanno sborsato in media 8,60 USD (si veda ancora la tabella 1).

Il costo medio di trasporto pari a 2,20 USD rappresenta una cifra elevata se si con-

sidera che è circa il 50 % del salario minimo giornaliero. In funzione del tipo di istituzione sanitaria scelta, si osservano differenze rilevanti tra il costo di trasporto per i servizi della Sicurezza sociale e quello dei servizi privati: per i primi il costo medio è di 1,60 USD, mentre per i secondi sale a 2,80 USD. Le differenze osservate si accentuano se si confrontano le spese a carico degli utilizzatori residenti nelle zone rurali con quelle di coloro che vivono nelle aree urbane: esse sono due volte più elevate per i primi rispetto ai secondi (rispettivamente 4,11 e 1,68 USD).

I farmaci rappresentano per gli utilizzatori un costo simile a quello dei servizi sanitari propriamente detti (visite). La spesa media rilevata è stata di 9,60 USD con differenze significative rispetto alla tipologia dell'organizzazione sanitaria: 1,40 USD per i pazienti delle istituzioni della Sicurezza sociale; 9,10 USD per gli utilizzatori del SSA e 17,00 USD per gli utilizzatori del settore privato. Analizzando la relazione tra il tipo di organizzazione sanitaria erogatrice dei servizi, le condizioni dell'assicurato e il livello di reddito familiare medio annuo (**tabella 2**), si osserva che per le spese di trasporto, nel caso della popolazione non coperta da assicurazione che si rivolge alla Sicurezza sociale o al SSA, la tendenza è inversa: più il reddito familiare è basso più il costo di trasporto è elevato. Si osserva una relazione simile nel caso di coloro che si rivolgono al settore privato o ad altre istituzioni sanitarie. Si nota

**Tabella 1**

Spese dei pazienti per l'utilizzo di servizi di assistenza medica ambulatoriale secondo il tipo di organizzazione erogatrice (in dollari americani USD)(\*)

Tipologie di costi	Media dei costi in dollari americani secondo il tipo di organizzazione									
	Totale nazionale		Sicurezza sociale *		SSA		Privato for profit		Altre organizzazioni	
	v.a.	I.C.	v.a.	I.C.	v.a.	I.C.	v.a.	I.C.	v.a.	I.C.
Popolazione stimata	2.951.159		154.583		886.686		1.541.985		367.905	
Trasporto	2,2	2,20-2,24	1,6	1,69-1,71	2,4	2,48-2,52	2,8	2,87-2,90	2,5	2,40-2,57
Visita	7,9	7,90-8,00	0,7	0,74-0,77	4,1	4,08-4,22	20,4	20,39-20,53	3,6	3,62-3,72
Farmaci	9,6	9,58-9,69	1,4	1,42-1,46	9,1	9,0-9,27	17,0	19,76-20,04	6,4	6,44-6,53
Diagnostica	13,6	13,56-13,76	1,5	1,55-1,60	17,6	17,52-17,82	32,3	32,14-32,53	31,2	30-32,4
<b>Totale</b>	<b>22,7</b>	<b>22,73-22,85</b>	<b>8,6</b>	<b>8,50-8,68</b>	<b>17,1</b>	<b>17,03-17,28</b>	<b>45,7</b>	<b>45,73-45,98</b>	<b>12,1</b>	<b>12,1-12,2</b>

(\*) Pazienti non assicurati assegnati alle istituzioni della sicurezza sociale.  
 IC = Intervallo di confidenza 95%.  
 Prova di Duncan (< 0,05).  
 Tasso di cambio 9,50 pesos per 1 dollaro USA (giugno 2005).

infine che la stessa relazione si osserva per le persone coperte da assicurazione che si rivolgono alla Sicurezza sociale.

Al momento dell'analisi della relazione tra il costo della visita per tipologia di organizzazione sanitaria, la condizione di assicurato e il reddito familiare medio annuo, è emerso come nel quartile di reddito più elevato i costi della visita medica fossero più alti, indipendentemente dalla condizione di assicurato o dal tipo di organizzazione. Esiste in questo caso una relazione diretta

tra queste due variabili: più il reddito è alto, più il costo della visita è elevato (si veda la **tabella 3**).

Gli utilizzatori che hanno fatto ricorso ai servizi sanitari in condizione di malattia hanno presentato una probabilità 2,19 volte maggiore di avere costi di assistenza più elevati rispetto a coloro che si sono rivolti alle organizzazioni sanitarie per servizi medici di prevenzione (intervallo di confidenza 95% = 2,1828-2,2024). Avere diritto alla Sicurezza sociale riduce la possibilità di incorrere in

Quartile di reddito familiare medio annuo	Sicurezza sociale	SSA	Privato	Altre organizzazioni
Popolazione stimata	1,572,938	382,362	1,026,839	229,969
<b>Non assicurati</b>				
0-2258\$ (4.2%)	4,28	4,08	2,97	4,62
2258-4457\$ (3.4%)	1,82	1,68	2,97	0,82
4457-8914\$ (3.1%)	1,28	2,25	5,31	2,02
> 8914\$ (2.6%)	0,20	0,82	1,8	2,62
<b>Assicurati</b>				
0-2258\$ (4.2%)	1,48	3,45	3,68	0,45
2258-4457\$ (3.4%)	2,05	1,20	1,94	4,65
4457-8914\$ (3.1%)	1,97	5,51	3,62	0,77
> 8914\$ (2.6%)	1,05	1,20	1,57	0,54

**Tabella 2**  
Costi di trasporto secondo la tipologia di organizzazione sanitaria, la condizione assicurativa e il reddito familiare medio annuo (in dollari americani USD)

Quartile di reddito familiare medio annuo	Sicurezza sociale	SSA	Privato	Altre organizzazioni
Popolazione stimata	1,950,083	883,890	1,518,402	372,924
<b>Non assicurati</b>				
0-2258\$ (23.6%)	2,74	4,20	17,20	1,68
2258-4457\$ (19.6%)	1,54	4,45	15,91	7,31
4457-8914\$ (14.8%)	0,71	4,77	18,37	5,77
> 8914\$ (11.2%)	6,48	6,58	27,65	3,37
<b>Assicurati</b>				
0-2258\$ (3.7%)	NA	1,02	17,05	0,0
2258-4457\$ (8.0%)	NA	2,14	18,25	1,37
4457-8914\$ (7.5%)	NA	2,77	19,74	3,37
> 8914\$ (11.6%)	NA	2,17	26,05	4,28

**Tabella 3**  
Costi della visita medica secondo la tipologia di organizzazione sanitaria, la condizione assicurativa e il reddito familiare medio annuo (in dollari americani USD)

elevate spese per cure mediche (1,7; intervallo di confidenza 95% = 1,7007-1,7176). Per quanto riguarda il luogo di residenza, il costo assistenziale complessivo è più elevato nelle comunità rurali rispetto alle aree urbane (1,54; intervallo di confidenza 95% = 1,5368-1,5436) (si veda la **tabella 4**).

#### 4. Discussione e conclusioni

I risultati di questa analisi non solo confermano le ipotesi di partenza, ma mettono in evidenza l'effetto che hanno a livello economico le differenze istituzionali sul processo di ricerca e ottenimento di assistenza sanitaria. Si sottolinea del resto che i risultati sui costi del ricorso all'assistenza sanitaria al di fuori del SSA (14,40 USD) si trovano nell'intervallo dei costi (da 13,00 a 44,90 USD) riportato in altri studi condotti dalla stessa istituzione (Arredondo, 1995; Parada, 2000). Nel caso del ricorso alla sanità privata *for profit*, il costo del ricorso a prestazioni assistenziali al di fuori del SSA supera il limite superiore di questo intervallo, come si verifica del resto nella pratica concreta.

##### 4.1. Accessibilità

Il fatto che le spese di trasporto siano superiori per i pazienti che fanno ricorso a strutture del SSA rispetto alle strutture della Sicurezza sociale indica, dal punto di vista

della dimensione economica dell'accessibilità, che la distribuzione territoriale dei servizi sanitari del SSA è meno accessibile, economicamente e geograficamente, dei servizi sanitari della Sicurezza sociale. Una conclusione simile è stata verificata in merito al problema dell'accessibilità dei servizi rispetto al carattere urbano o rurale della residenza dei pazienti.

In effetti, dal punto di vista della localizzazione geografica, i risultati sulle determinanti dei costi suggeriscono che i pazienti delle aree urbane spendono meno (migliore protezione finanziaria), mentre gli utilizzatori dei servizi sanitari che abitano in zone rurali hanno maggiori oneri (peggiore protezione finanziaria). Questo elemento fa pensare al fatto che il problema dell'accessibilità dopo la creazione del sistema sanitario messicano sia rimasto senza soluzione.

Nel caso dei costi dei farmaci e degli esami diagnostici la situazione si aggrava. Questi costi sono superiori a quelli delle stesse cure mediche, in particolare per gli esami diagnostici i cui costi sono quasi il doppio di quelli delle visite mediche. Si sottolinea come nel caso dei pazienti che si rivolgono al SSA (popolazione che nella sua maggioranza non è coperta da assicurazione) le spese per i farmaci siano tre volte superiori a quelle degli esami diagnostici e cinque volte superiori a quelli delle visite mediche. Sebbene si tratti di assistenza

**Tabella 4**

Risultati della regressione sulle determinanti del processo di ricerca e ottenimento dei servizi sanitari in Messico

Variabili esplicative dei costi elevati	Campione	Probabilità (*)	IC (**)
<b>Motivo della richiesta di servizi sanitari</b>			
Malattia-prevenzione	965-2248	2.1926	(2.1828-2.2024)
<b>Diritto alla sicurezza sociale</b>			
Si-No	1486-1721	1.7091	(1.7007-1.7176)
<b>Reddito familiare</b>			
Medio-Basso	695-1941	0.6144	(6191-6097)
Elevato-Basso	695-1941	3.7758	(2.9305-4.7647)
<b>Luogo di residenza</b>			
Urbano-Rurale	2347-866	1.5402	(1.5368-1.5436)

(\*)  $p < 0.001$ .

(\*\*) IC = Intervallo di confidenza 95%.

sanitaria ambulatoriale, l'analisi effettuata mette in evidenza i problemi di accessibilità economica, in particolare nel caso delle spese di ricerca di cure da parte della popolazione non coperta da assicurazione.

In altri termini, secondo i risultati ottenuti, e se si fa riferimento esclusivamente al settore pubblico, la popolazione che dispone di un reddito inferiore spende significativamente di più per farmaci e esami diagnostici. Questo aspetto è in netto contrasto coi principi del sistema sanitario messicano secondo i quali, in termini di accessibilità economica, dovrebbe essere la popolazione con minore reddito a pagare di meno per l'utilizzo dei servizi di assistenza sanitaria.

#### 4.2. Equità

I risultati delle determinanti della spesa sostenuta dagli utilizzatori dei servizi sanitari suggeriscono che, in materia di equità, il sistema di Sicurezza sociale costituisce esso stesso una causa molto significativa del problema dell'equità a livello dell'offerta, della distribuzione e del consumo dei servizi sanitari in Messico. In altri termini, l'effetto protettivo che svolge la Sicurezza sociale sulle spese sostenute dagli utilizzatori ne fa un oggetto di giustificazione della mancanza di equità in seno al sistema sanitario.

Il costo di trasporto sostenuto dalla popolazione rurale è oltre il doppio di quello della popolazione urbana. Questo risultato è molto inquietante, non solo perché le comunità rurali dispongono di redditi familiari più bassi, ma anche perché esse sono meno protette dai programmi sanitari e più esposte in generale a condizioni di vita sfavorevoli.

Peraltro, i risultati dello studio rimettono in discussione i vasti programmi legislativi sull'estensione della copertura sanitaria basati sul principio di equità messi in atto negli ultimi anni. Questi programmi sono stati introdotti per garantire il diritto alla tutela della salute delle comunità meno favorite. Nella realtà dei fatti, e questa ricerca lo illustra molto bene, in materia di equità, continuano a porsi problemi rilevanti che devono essere risolti per diminuire gli effetti economici che si presentano al momento della necessità di ricorrere a servizi sanitari.

Per quanto concerne il costo delle visite mediche sostenute dalla popolazione, il fatto che la spesa per una singola visita sia pari a due giornate di salario minimo nel caso della popolazione non coperta da assicurazione è un elemento di iniquità per le popolazioni i cui redditi raggiungono a malapena il salario minimo.

#### 4.3. Indicazioni per la programmazione del sistema sanitario

Uno degli elementi guida delle proposte di riforma della sanità messicana in materia di equità, accessibilità e tutela del reddito è il potere reale di acquisto della popolazione e come quest'ultimo si rifletta nel caso delle spese sostenute per il ricorso ai servizi sanitari. Di conseguenza, è solo identificando le spese sostenute dalle diverse categorie di pazienti che le sfide attuali, in merito a equità, accessibilità e finanziamento della sanità in Messico, possono essere affrontate con maggior cognizione di causa.

I risultati di questa analisi forniscono le prove che, nel corso del processo di ricerca e ottenimento delle cure sanitarie, la popolazione non dispone di sufficienti informazioni per indirizzarsi verso la struttura più adatta in termini di diritto all'assistenza e priorità di trattamento. Questa valutazione emerge dall'evidenza riscontrata sul numero dei pazienti con reddito basso e privi di copertura della Sicurezza sociale che utilizzano e pagano servizi sanitari erogati da strutture della Sicurezza sociale o del settore privato.

Sebbene le strutture della programmazione del sistema sanitario messicano regolamentino la responsabilità dei servizi sanitari per tipologia di cittadini e per tipologia di organizzazione erogatrice, queste norme sono nei fatti disattese nella realtà in relazione al processo di ricerca e ottenimento di cure. Si rimarca, quindi, come la prospettiva dei costi dei servizi sanitari in carico ai consumatori sia una variabile sempre più necessaria all'interno dell'analisi economica, epidemiologica o di tutte le discipline che vogliono dare il proprio contributo di conoscenza alle soluzioni possibili per i problemi di fondo dei sistemi sanitari.

A livello di programmazione dei servizi sanitari, i risultati di questa indagine posso-

no essere utilizzati per contrastare le cause di iniquità e difficoltà di accesso che attualmente caratterizzano i sottosistemi della sanità messicana. Tradizionalmente vengono utilizzate principalmente le poche informazioni economiche disponibili in materia di costi di produzione dei servizi dal punto di vista degli erogatori. Partendo dai dati di costo contenuti in questa indagine possediamo ora delle utili informazioni sui costi sostenuti dai consumatori durante il processo di ricerca e ottenimento delle cure sanitarie, informazioni che costituiscono esse stesse un elemento fondamentale affinché la sanità diventi più accessibile e più equa nel quadro dell'attuale programma di riforme del settore. Le variabili che incidono sul costo di ricerca e ottenimento dell'assistenza sanitaria, anche se sono spesso al di fuori dell'oggetto di intervento dei programmi sanitari, sono comunque indispensabili in un processo di programmazione che abbia correttamente carattere intersettoriale.

In conclusione, noi sottolineiamo come la valutazione economica condotta in questo studio, nonché le riflessioni contenute e sviluppate nei paragrafi precedenti, costituiscono un insieme di elementi importanti e pertinenti nell'ambito dell'analisi dell'oggetto centrale del sistema sanitario messicano. Un sistema sanitario che, dalle sue origini ad oggi, si propone esplicitamente di prendersi cura della salute della popolazione partendo dai principi di giustizia sociale (equità e accessibilità), mentre in pratica è un sistema nel quale coloro che pagano maggiormente per i problemi di salute sono le famiglie con minore reddito. Questo significa che i costi rilevanti conseguenti al ricorso ad un servizio sanitario non hanno il medesimo impatto: occorre sottolineare che questi costi sono sopportati in misura diversa dai cittadini e che sono più rilevanti proprio per la parte della popolazione più svantaggiata dal punto di vista sociale ed economico.

## B I B L I O G R A F I A

- ARREDONDO A., PARADA I., C. CARRILLO (2002), «Financial consequences from changes of health care demands: information to policy makers», *Health Policy*, Vol. 63, 1, pp. 45 e ss.
- ARREDONDO A., OROZCO E. (2005), «Financing indicators of health care decentralization in Latin American countries: information for health planning and financing», *International Journal of Health Planning and Management*, Vol. 29, 3, pp. 259-276.
- ARREDONDO A., HERNÁNDEZ P., CRUZ C. (1993), «Incorporación de la perspectiva económica en el análisis del sector salud. primera parte: Antecedentes y conceptos básicos», *Cuadernos Médico Sociales de Chile*, Vol. 34, 3, pp. 121-130.
- CORREA E., NOÉ M. (2005), «Capítulo 6. Lineamientos estratégicos para el sector salud: Desafíos del crecimiento con equidad», in *La hora de los usuarios-Reflexiones sobre economía política de las reformas de salud*, BID, Isbn: 1-886938-85-7.
- DONABEDIAN A. (1987), *Aspectos de la administración de la atención médica*, FCE, 1a. ed. in spagnolo, México.
- DRUMMOND M., STODDART G. (1985), «Principles of Economic Evaluation of Health Programmes», *Wld Hlth Statist Quart.*, 38, pp. 347-354.
- DUNLOP D., ZUBKOFF L. (1990), *Inflación y comportamiento del consumidor. En análisis de costos, demanda y planificación de servicios de salud*, OPS-OMS, Isbn: 92 75 32040 3, Washington D.C. pp: 221-261.
- FREIDSON E. (1986), «Types of lay referral systems», in *Social construction of illness-profession of medicine*, Univ. of Chicago Press., Chicago, Cap. VII, pp. 292-95.
- GIORDANO O., COLINA J. (2004), «Capítulo 2. Economía política de las reformas», in H. Sánchez, G. Zuleta (a cura di), *La hora de los usuarios-Reflexiones sobre economía política de las reformas de salud*, Banco Interamericano de Desarrollo, Isbn: 1-886938-85-7.
- HULKA B., WHEAT J. (1985), «Patterns of utilization: patient perspective», *Medical Care Rev.*, Vol. 23, 5, pp. 438-460.
- MAYNARD A. (1991), «Pricing, demand and supply of health care», *International Journal of Health Services*, 9(1), pp. 121-133.
- MILLS A., GILSON L. (1988), «Health Economics for Developing Countries», *London School of Hygiene and Tropical Medicine*. Publication Num. 17, University of London, Cap. 7, pp. 59-62.

- NÁJERA P. *et al.* (1998), «Bases conceptuales y metodológicas de la Encuesta Nacional de Salud en México», *Sal Pub de Mex*, Vol. 40, 1, pp. 76-85.
- PARADA I. *et al.* (2004), «Los costos de servicios de salud: consideraciones conceptuales y metodológicas», in *Gerencia y Economía de Servicios de Salud. Centro Interamericano de Estudios en Seguridad Social*, ISBN: 968-6748-20-2, pp. 175-191.
- POULLIER J.-P. (2005), «Estimates of National Health Accounts (NHA). Methodological Considerations», GPE Discussion Paper Series: NO. 27. EIP/GPE/FAR. World Health Organization, pp. 17-29.
- ROSENSTOCK J.M. (1966), «Why the people use health services: part two», *The Milbank Memorial Fund Quarterly*, Vol 44, 3, pp. 385-393.
- SSA, (2006), *Paquete Básico de Intervenciones en Salud. Costos de Intervenciones. Informe Final*, Publicación de la Subsecretaría de Servicios de Salud, SSA, México, pp. 22-48.

**Rivista aperta a contributi**

Mecosan, la cui redazione è curata dal CERGAS, Centro di Ricerche sulla Gestione dell'Assistenza Sanitaria, è una rivista aperta al contributo di chiunque desideri offrire testimonianze, opinioni, notizie e resoconti di studi e ricerche che abbiano attinenza con i temi dell'economia e della gestione manageriale delle aziende e dei sistemi sanitari, che abbiano il requisito dell'originalità e siano volti a privilegiare il valore dell'innovazione. La lingua ammessa è l'italiano.

**Condizioni essenziali per la considerazione dei manoscritti e l'ammissione al referaggio**

Non saranno considerati ed ammessi al referaggio i contributi che non rispettano le seguenti condizioni: 1) i manoscritti sottoposti a Mecosan non devono essere già stati pubblicati o presentati per la considerazione presso altre riviste;

2) i manoscritti devono rispettare gli standard di struttura, abstract, note, tabelle, riferimenti bibliografici precisati di seguito.

Gli autori sono invitati a rispettare le richieste relative alla forma e allo stile per minimizzare ritardi e necessità di revisione. Inoltre, allo scopo di garantirne l'anonimato nel processo di referaggio, gli autori stessi dovrebbero evitare ogni riferimento che ne possa consentire l'individuazione.

**Invio del manoscritto**

Il manoscritto dovrà essere presentato alla rivista sia su copia cartacea sia su file.

La copia cartacea va spedita a:

Redazione Mecosan  
CERGAS, Università L. Bocconi, Viale Isonzo, 23 - 20135 Milano

La copia sul file va inviata alla casella e-mail: [mecosan@uni-bocconi.it](mailto:mecosan@uni-bocconi.it)

**Formato e stile**

Carattere: times new roman 12

La prima pagina dovrà contenere: 1) il titolo che non superi le novanta battute, 2) i nomi degli autori, 3) i loro titoli e le istituzioni di appartenenza, 4) l'indicazione dell'autore che curerà la corrispondenza e il suo indirizzo completo, 5) eventuali ringraziamenti.

Nella seconda pagina compariranno l'abstract in inglese (massimo 120 parole) e il Sommario che deve essere breve ed indicare solo il primo livello dei paragrafi, preceduti da numeri arabi seguiti dal punto. (Esempio: SOMMARIO: 1. Introduzione - 2. Parte prima - 3. Parte seconda - 4. Conclusioni - 5. Appendici).

Si richiede uno stile lineare e scorrevole e il testo inviato deve essere già stato sottoposto al controllo ortografico. È raccomandato l'utilizzo della forma impersonale.

**Titoli dei paragrafi**

Preceduti dai numeri arabi seguiti dal punto. È previsto un solo livello di sottoparagrafi. Altre partizioni saranno segnalate da un solo titolo privo di numerazione e in corsivo.

Esempio: **1. La programmazione nelle aziende**

1.1. Gli attori del processo

*Il ruolo della direzione amministrativa*

**Tabelle, grafici e figure**

Devono essere richiamati nel corso degli articoli con riferimenti puntuali e forniti in stampa separata dal testo e in un file diverso con un titolo. Si ricorda agli autori che Mecosan è una rivista in bianco e nero, dunque non saranno accettati articoli che contengono figure a colori. Le rappresentazioni grafiche saranno accettate a condizione che siano accompagnate da tabelle numeriche riportanti i dati di riferimento.

**Note**

Con richiami numerici. Se ne consiglia la brevità ed è preferibile che non vi compaiano lunghe ed eccessive citazioni o riferimenti bibliografici.

**Lunghezza articoli**

Indicativamente i saggi dovranno essere tra le cinquemila e le diecimila parole, per le altre sezioni si consiglia di non eccedere le settemila parole.

**Riferimenti bibliografici**

Si devono effettuare con il sistema autore-data (e non con i numeri progressivi) nel corpo del testo o in nota secondo la seguente forma: (Borgonovi, 2000). Le indicazioni corrispondenti si devono riportare alla fine dell'articolo nella bibliografia, dopo le note, in ordine alfabetico, secondo il seguente esempio:

**Monografie**

BORGONVI E. (2000), *Principi e sistemi aziendali per le amministrazioni pubbliche*, Egea, Milano.

BRUNETTI G. (1979), *Il controllo di gestione in condizioni ambientali perturbate*, Milano: Franco Angeli.

**Pubblicazioni con più autori**

BRUNS W.J., KAPLAN R.S. (a cura di) (1987), *Accounting and Management: Field Study Perspectives*, Boston, MA: Harvard Business School Press.

**Saggi in pubblicazioni**

KAPLAN R.S. (1985), «Accounting lag: the obsolescence of cost accounting systems», in K. Clark, C. Lorenze (a cura di), *Technology and Productivity: the Uneasy Alliance*, Boston, MA: Harvard Business School Press, pp. 195-226.

**Articoli in riviste**

MENEGUZZO M., DELLA PIANA B. (2002) «Knowledge management e p.a. Conciliare l'inconciliabile?», *Azienda pubblica*, 4-5, pp. 489-512.

**Rapporti/Atti**

OECD (1999), *Principle of corporate Governance*, Paris: OECD.

**Non pubblicati**

ZITO A. (1994), «Epistemic communities in European policy-making», Ph.D. dissertation, Department of Political Science, University of Pittsburgh.

Per citazioni multiple dello stesso autore e nello stesso anno, far seguire a, b, c, ecc. all'anno.

I testi non citati nell'articolo che eventualmente si vorranno segnalare dovranno essere inseriti in una bibliografia separata.

# Politiche sanitarie e diritti dei pazienti. Il governo delle liste di attesa in Italia

GIOVANNA VICARELLI

*With the sentence 16 May 2006 the European Court of Justice pronounced upon the waiting lists, ruling that, in the event of too long waiting lists, the patient has the right to the authorization for treatment abroad. The phenomenon of waiting lists is important for all the countries that opted for universal coverage and a public healthcare system. Actually it's at least twenty years since many European countries began to implement specific policies aimed to the monitoring and management of waiting lists. Any intervention aimed to shorten the waiting time before the treatment should consider three main elements: patients behavior, physicians behavior and the context. In this framework the article analyses governmental policies carried out in the last ten years in Italy, exploring the different approaches adopted by center-right and center-left governments.*

## Note sull'autore

Giovanna Vicarelli – Università Politecnica delle Marche, Facoltà di Economia G. Fuà, Dipartimento di Scienze Sociali D. Serrani, Ancona, Italia  
m.g.vicarelli@univpm.it

## 1. Premessa

Con una sentenza emessa il 16 maggio 2006 la Corte di Giustizia europea (causa C-372/2004) si è pronunciata in merito alle liste di attesa, affermando che, nel caso di liste di attesa troppo lunghe e rigide, il paziente ha il pieno diritto all'autorizzazione per le cure all'estero. I giudici sono stati chiamati a pronunciarsi sul caso di una paziente inglese colpita da artrosi alle anche, che si era vista negare per due volte (nel 2002 e nel 2003) l'autorizzazione a curarsi all'estero da un Centro di assistenza primaria. Secondo il Centro l'operazione poteva essere effettuata in Gran Bretagna in un lasso di tempo conforme agli obiettivi del piano governativo di controllo delle liste di attesa. La Corte, ricordando che i servizi sanitari nazionali rientrano nell'ambito di applicazione dell'art. 49 Ce sulla libera prestazione dei servizi, ha rilevato che il rifiuto non può essere fondato sulla sola esistenza di liste di attesa destinate a programmare e a gestire l'offerta ospedaliera in funzione di priorità cliniche prestabilite in termini generali. Di fronte a ogni richiesta scatta, invece, l'obbligo di valutare l'accettabilità dei tempi di attesa sotto il profilo medico, esaminando la situazione clinica del paziente, la sua anamnesi, l'eventuale decorso della malattia, l'intensità del dolore e la natura dell'infermità.

La sentenza della Corte di Giustizia porta l'attenzione su un tema (quello delle liste di attesa) che è presente in larga parte dei Paesi che hanno adottato un sistema di assistenza sanitaria pubblico. Non a caso, a partire dagli anni ottanta e ancor più nell'ultimo decennio, molti Stati europei si sono espressi su tale problematica avviando politiche spe-

## SOMMARIO

1. Premessa
2. Liste e tempi di attesa: un tema multidimensionale
3. Le prospettive di analisi e un approccio integrato
4. Le politiche italiane
5. Liste di attesa e stili di governance

cifiche di monitoraggio e gestione delle liste di attesa. I risultati ottenuti sono parziali (Siciliani, Hurst, 2004), ma dimostrano come gli effetti della globalizzazione vadano lentamente uniformando l'organizzazione e la gestione dei servizi sanitari e come le azioni locali trovino efficacia se riescono a controllare i determinanti territoriali e di contesto, senza dimenticare le crescenti influenze sopranazionali.

È dentro tale quadro che ci s'interrognerà sulle politiche italiane in tema di liste di attese, individuandone gli obiettivi e i primi risultati alla luce dei diversi orientamenti dei governi che si sono succeduti negli ultimi dieci anni (1996-2006).

## 2. Liste e tempi di attesa: un tema multidimensionale

La centralità del problema delle liste di attesa va individuata nell'esigenza di garantire i principi di difesa della vita umana, di uguaglianza tra le persone, di solidarietà tra i membri della società, tutti principi che rappresentano valori universalmente riconosciuti dagli Stati moderni. Tuttavia, di fronte a risorse economiche e finanziarie limitate, a crescenti sviluppi scientifici e tecnologici e a sempre nuovi bisogni sociali, i Paesi europei si sono dovuti confrontare con la necessità di coniugare il principio di tutela della salute con le nuove condizioni politiche, economiche e culturali evidenziatesi negli anni Novanta. In specifico, la declinazione del principio dell'equità ha imposto scelte in merito a quali prestazioni dare priorità in condizioni di risorse limitate, pur garantendo l'accessibilità dei servizi, la loro tempestività e adeguatezza. Come correlare, in altri termini, il diritto alla salute con l'efficienza e l'efficacia dei servizi sanitari ha trovato sul tema delle liste di attesa un banco di prova formidabile.

Tale problematica si è posta in modo particolare in quei Paesi in cui il Servizio sanitario a carattere universalistico-istituzionale si basa sul prelievo fiscale e su un budget predefinito di spesa. In questi sistemi i cittadini non pagano l'intero prezzo della prestazione ricevuta al momento della domanda e non hanno generalmente un accesso diretto ad altri erogatori privati, cosicché le liste di attesa diventano una cartina al tornasole del diffe-

renziale tra domanda e offerta sanitaria. Ciò risulta meno evidente nei sistemi sanitari di tipo assicurativo, dove è previsto il rimborso del prezzo pagato per la prestazione ricevuta e dove non esistono liste «esplicite» di attesa, ma altre forme del difficile raccordo tra domanda e offerta di servizi sanitari. Di conseguenza, i Paesi in cui il tema delle liste di attesa è più pressante sono la Gran Bretagna, i Paesi Scandinavi, l'Italia, la Spagna il Portogallo, la Grecia, tutti Paesi in cui l'allocatione delle risorse sanitarie avviene in forma «non di mercato» e senza far riferimento al «prezzo» esplicito della prestazione (Cullis, Jones, Propper, 2000).

In questi Paesi, le liste di attesa si riferiscono a elenchi che esprimono la numerosità della domanda registrata per specifiche attività ambulatoriali e ospedaliere, che non riguardano la prima presa in carico del paziente poiché questa avviene tramite il medico di medicina generale o le diverse forme di assistenza primaria presenti. Il tempo di accesso alle suddette prestazioni decorre dalla formulazione della domanda alla registrazione di essa da parte del soggetto erogatore, mentre il tempo di attesa decorre dalla registrazione della domanda fino all'esecuzione della prestazione. È quest'ultimo, dunque, che costituisce il punto focale del problema poiché va a influire sia sulla qualità percepita dall'utente, sia sui principi di non discriminazione (per genere, età, capacità di pagare ecc.) nell'accesso al servizio, sia, infine, sull'efficacia e l'adeguatezza dell'intervento. Peraltro, l'attenzione che è stata rivolta al tema della qualità dei servizi sanitari, come risposta ai crescenti livelli di domanda dei cittadini e come risultato del contenimento dei costi nelle società contemporanee, ha portato i tempi di attesa al centro della discussione sulla misurazione della qualità dei sistemi sanitari.

È in ragione di questa importanza che tale tematica costituisce uno dei principali aspetti contrattuali recepiti nelle Carte dei servizi che le Aziende sanitarie sono tenute a redigere ed è stata oggetto di specifiche disposizioni legislative nazionali e sovra-nazionali (Federici, Loiudice, 1999). Poiché, tuttavia, il problema del tempo di attesa ha spesso interconnessioni con il problema delle liste di attesa, questi due aspetti sono stati spesso considerati globalmente. Nel 1997 l'*Euro-*

pean Health Committee (CDSP) ha nominato, ad esempio, una Commissione di esperti sulle tematiche delle liste e dei tempi di attesa al fine di individuarne la consistenza e la fisionomia, nonché le possibili indicazioni per la loro risoluzione (Council of Europe, 2000). L'analisi svolta ha evidenziato che non esistono singole ragioni all'esistenza del fenomeno, ma che esso nasce da una complessità di fattori associati alle scelte sia dei pazienti, sia dei professionisti del settore, sia dei singoli stati. Per garantire, infatti, ai cittadini tempi di accesso certi e adeguati alle prestazioni sanitarie, nel rispetto dei problemi clinici presentati da ciascun soggetto, ogni sistema sanitario deve confrontarsi con i fattori di impatto negativo, da un lato, e con i fattori di soluzione dall'altro. Su entrambi i versanti, le molteplici variabili individuate dalla ricerca scientifica sono riconducibili a tre macro-categorie: i comportamenti degli utenti, i comportamenti dei medici e i fattori di sistema. Ciò significa che a partire dalla trama di relazioni che si costruiscono, di volta in volta, tra un medico e un paziente in merito alla necessità di una ulteriore prestazione specialistica o ospedaliera, occorre entrare nei modelli organizzativi e nei percorsi assistenziali dei diversi sistemi sanitari, la cui connotazione va ricondotta alle scelte istituzionali relative a ciascun modello di *welfare*. In tal senso, le reti intersoggettive che fanno da base al rapporto medico-paziente, quelle organizzative relative ai centri poliambulatoriali e ospedalieri, nonché le trame istituzionali che incorniciano le prime e le seconde, altro non sono che i livelli micro, meso e macro di un sistema sanitario su cui vanno dirette la conoscenza e la capacità di intervento.

### 3. Le prospettive di analisi e un approccio integrato

Stante questa pluralità dei livelli di analisi, la teoria sociale ha trovato spiegazioni al problema delle liste di attesa partendo da una molteplicità di punti di vista (Lichbach, Zuckerman, 1997) e in specifico nell'ottica degli studi sulla *rational choice*, degli studi di tipo cognitivo-culturale, degli approcci di tipo strutturalista.

Nel primo caso, come è noto, il modello dell'attore razionale porta l'attenzione sugli

interessi espressi dai singoli cittadini nell'ambito delle scelte sanitarie, ma enfatizza anche la possibilità che esista un attore collettivo (ad esempio lo Stato) in grado di prendere decisioni sia per il bene comune, sia per i suoi stessi interessi. In questa prospettiva, laddove i singoli attori sembrano effettuare domande che spesso si ritengono poco razionali, ad esempio in un clima di eccessiva medicalizzazione, la scelta dei governi assume l'aspetto di una azione più razionale poiché basata su un maggiore spettro di conoscenze e saperi. Tuttavia, le liste di attesa possono presentarsi anche come uno strumento per limitare la domanda sanitaria o per dare priorità ad alcune tipologie di accesso ai servizi in un clima di contenimento dei costi o di volontà di riduzione delle politiche di *welfare* (Cullis, Jones, Propper, 2000).

L'analisi culturale punta l'interesse sui valori, i simboli e le credenze che costituiscono «a system of meaning that people use to manage their daily worlds, large and small [...] culture is the basis of social and political identity that affects how people line up and how they act on a wide range of matters» (Ross, 1997: 42). In questa prospettiva, molti studiosi hanno visto, negli anni Novanta, proporsi una crescente convergenza dei Paesi europei verso una nuova «cultura politica» (Clark, 2000) dominata, in sanità, dal consumerismo e dal managerialismo (Tousijn, Vicarelli, 2006). Le vecchie forme di politica centrate sul clientelismo e il potere delle classi politiche avrebbero, infatti, ceduto il posto a nuove forme di *governance* basate su processi di programmazione e controllo manageriale, nell'ottica di dar conto ai cittadini consumatori dell'uso delle risorse finanziarie utilizzate e dei risultati ottenuti in termini di salute della popolazione. Le liste e i tempi di attesa appaiono, così, come uno strumento «forte» di verifica delle forme di *governance* realizzate, assurgendo a simbolo della correttezza o della inadeguatezza delle relative politiche di *welfare*. Una eguale connotazione valoriale assume il processo di privatizzazione inteso, nella nuova cultura politica degli anni Novanta, sia come utilizzo di strumentazioni di mercato nell'ambito pubblico (da qui le forme di aziendalizzazione della sanità o l'uso di strumenti tipici della gestione aziendale), sia come apertura a forme pubblico-private nell'erogazione dei

servizi sanitari (tra cui forme di *outsourcing* per gestire le liste di attesa). Tuttavia, poiché, le divergenze nazionali e territoriali sono influenti (Ramsey, 1996), occorre dar conto di come le singole costellazioni politiche locali interpretano e propongono le proprie scelte di *welfare*, dando significati specifici a ognuna di esse. In quest'ottica, come si vedrà, il Ministro Sirchia nei primi anni del Duemila in Italia ha dato alle liste di attesa il significato di un indicatore negativo delle scelte di politica sanitaria effettuate dal suo predecessore Ministro Bindi, entro un processo di «demonizzazione» di quanto deliberato dal precedente governo di centro-sinistra (Vicarelli, 2005). Né va dimenticato che la stessa percezione dei bisogni dei pazienti varia culturalmente, poiché alcune culture tendono ad amplificarla e altre a sminuirla con evidenti ripercussioni sull'importanza attribuita alle liste e ai tempi di attesa in ciascun contesto (Rotstein, Alter, 2006).

L'approccio strutturale, infine, che trae origine dal pensiero di Marx e di Weber, teorizza l'importanza delle relazioni economiche e sociali nella definizione dei processi politici e nelle scelte di *policy*. Gli studiosi che adottano tale prospettiva sostengono che occorre guardare ai grandi cambiamenti che hanno modellato la modernità, quali lo sviluppo del capitalismo, la razionalità del mercato, la costruzione degli Stati nazionali, la secolarizzazione, le rivoluzioni scientifiche, l'accelerazione degli strumenti di comunicazione e di diffusione delle idee. È a partire da un simile quadro di *political economy* che vanno, di conseguenza, individuate le trasformazioni avvenute nei decenni più recenti, collegate alla crisi del modello taylorista-fordista e ai processi di globalizzazione dei mercati e di fluidità dei sistemi sociali (Paci, 2005; Bauman, 2006). I riflessi di tali cambiamenti vanno individuati non solo nel trionfo del neoliberalismo, ma soprattutto nell'avvio di politiche di *welfare* sempre più restrittive che enfatizzano la flessibilità dei mercati e la ristrutturazione dei sistemi politico-amministrativi. In questa ottica le nuove configurazioni sanitarie assumono fisionomie complesse e territorialmente differenziate poiché lo Stato, il mercato e le comunità tendono a generare mix eterogenei di politiche che vanno a configurare specifiche «fa-

miglie di *welfare*» (Esping-Andersen, 1990 e 1999).

Si tratta nel complesso, di grandi processi macro strutturali che sembrano condurre verso convergenze istituzionali soprattutto in Europa, dove le politiche di unità economica vanno predisponendo le basi per una ampia omologazione, anche nel campo delle politiche sanitarie. Il globale e il locale in tal modo s'incontrano, determinando contesti al tempo stesso molto specifici e molto globalizzati. È in tale direzione che le politiche di gestione dei tempi di attesa, pur essendo molto circoscritte sul piano locale, debbono confrontarsi necessariamente con la dimensione sopranazionale, come dimostrato dalla sentenza del maggio 2006 della Corte di giustizia europea.

Rispetto a questi differenti punti di vista alcuni autori hanno cercato di individuare prospettive di analisi integrate in grado di cogliere i risultati che ognuno dei diversi approcci offre alla comprensione del problema. Alcuni studiosi, ad esempio, nell'analisi delle politiche urbane hanno individuato un amalgama delle teorie strutturaliste e dell'attore razionale (DiGaetano, Klemanski, 1999), mentre altri hanno integrato le prospettive strutturali e culturali (John, Cole, 2000). Di recente DiGaetano e Strom (2003) hanno proposto un approccio integrato alle politiche di *governance* locale che può essere utile nello studio delle liste e dei tempi di attesa.

I due autori portano l'attenzione sul *milieu* istituzionale inteso come il luogo in cui avvengono le interazioni e le intermediazioni formali e informali tra il contesto strutturale, la politica culturale e gli attori politici. Le basi istituzionali sarebbero date dall'insieme delle decisioni formali prese dagli organi governativi, dai partiti e dai vari gruppi di interesse, decisioni che danno forma visibile ai governi locali mediante la determinazione di ruoli e forme di organizzazione. I modi di *governance* sarebbero, invece, il risultato delle decisioni che scaturiscono anche dalle relazioni informali tra i diversi attori. DiGaetano e Strom individuano, in tal senso, cinque forme di *governance* che chiamano: clientelare, corporativa, manageriale, pluralista e populista (tabella 1).

Si tratta, evidentemente, di forme idealtipiche che raramente, come insegna Weber, esistono nella realtà in modo puro. Tuttavia,

i due autori ritengono che alcuni contesti strutturali e alcune politiche culturali nazionali sembrano «to furnish more receptive environment for some modes of governance than others» (DiGaetano, Strom, 2003: 367).

È in questa prospettiva, dunque, che si analizzerà la politica sanitaria italiana in tema di liste di attesa per individuarne le caratteristiche salienti negli anni 1996-2006 in cui si sono succedute al governo due coalizioni politiche diverse. Ciascuna di esse ha modificato le basi istituzionali del sistema politico andando a trasformare la stessa configurazione dello Stato (dal centralismo, al federalismo, alla devoluzione); ciascuna ha proposto modi di *governance* differenti derivanti da una pluralità di intermediazioni con i gruppi di potere e per quanto più ci riguarda con le associazioni mediche.

#### 4. Le politiche italiane

##### 4.1. I provvedimenti dei Governi di centro sinistra (1996-2001)

In Italia il diritto alla salute viene riconosciuto e sancito nella sua globalità con la legge istitutiva del Servizio sanitario nazionale (L. 833 del 1978). In essa si richiama il diritto costituzionale di tutela della salute e si afferma un concetto molto ampio di benessere psico-fisico del cittadino che comprende, non solo l'aspetto negativo dell'assenza di malattia, ma anche quello positivo della promozione dello stato di salute complessivo della persona. Le riforme degli anni Novanta riaffermano i valori di fondo stabiliti con la Legge 833 tra cui l'equità, per cui il diritto del cittadino prescinde da distinzioni di reddito, età, sesso, religione o area geografica

e deve essere «sostanziale» con superamento degli squilibri esistenti sul territorio. Tuttavia, il riordino avviato con il D.L.vo 502/92 modifica di fatto il dibattito sui contenuti «esigibili» del diritto alla salute poiché introduce il concetto di «livelli di assistenza» intesi come ambiti di tutela che il Servizio sanitario nazionale s'impegna a erogare in modo uniforme a tutti i cittadini sul territorio, a fronte di risorse economiche sempre più limitate (Monitor, 2003). Tale processo di rinnovamento diventa ancor più evidente con il D.L.vo 229/99 dove all'art. 1 comma 2 si sottolinea che il Servizio sanitario assicura «i livelli essenziali di assistenza» (LEA) nel rispetto dei principi della dignità della persona umana, del bisogno di salute, dell'equità nell'accesso all'assistenza, della qualità delle cure e della loro appropriatezza, nonché dell'economicità nell'impiego delle risorse. Tali livelli di assistenza debbono essere definiti dallo Stato e attuati dalle Aziende sanitarie su mandato delle Regioni, soprattutto dopo che la legge costituzionale del 18 ottobre 2001, n. 3 (Riforma del Titolo V della Costituzione) da avvio alla configurazione federalista dello Stato italiano.

È dunque dentro questa cornice che si pone il tema della gestione dei tempi di attesa che trova alcune indicazioni normative a partire dal 1994 nelle misure di razionalizzazione della finanza pubblica e negli schemi generali per la stesura delle Carte dei servizi pubblici. Tuttavia, è nell'aprile del 1998, che l'on. Rosy Bindi, ministro della sanità nel governo di centro sinistra guidato dall'on. Prodi, emana un decreto legislativo con il quale vengono esplicitamente disciplinati i tempi che debbono intercorrere tra la richiesta di una prestazione e la sua erogazione.

**Tabella 1**  
Modalità di *governance* urbana  
Fonte: DiGaetano e Strom, (2003), 366

	Clientelare	Corporativa	Manageriale	Pluralista	Populista
Relazioni di governo	Particolaristiche personalizzate	Di negoziazione esclusiva	Formali, burocratiche o contrattuali	Di mediazione tra interessi competitivi	Di negoziazione inclusiva
Logiche di governo	Di reciprocità	Di costruzione di consenso	<i>Autoritative</i>	Di management del conflitto	Di mobilitazione del supporto popolare
I decisori chiave	Politici e clienti	Politici e <i>leader</i> di gruppi professionali	Politici e dipendenti pubblici	Politici e organizzazioni di interesse	Politici e <i>leader</i> di movimenti comunitari
Obbiettivi politici	Materiali	Finalizzati	Materiali	Finalizzati	Simbolici

zione. Con l'art. 3, commi 10-15, del D.L.vo 29/4/1998 124<sup>1</sup> si dà, infatti, mandato alle Regioni di regolare, mediante l'adozione di appositi programmi, il rispetto della tempestività nell'erogazione delle prestazioni (specialistiche e di *day hospital*), con l'osservanza dei seguenti principi: a) assicurare all'assistito l'effettiva possibilità di vedersi garantito il servizio nell'ambito delle strutture pubbliche; b) provvedere a interventi di razionalizzazione della domanda delle prestazioni; c) incrementare l'offerta mediante il pieno utilizzo delle professionalità, delle apparecchiature e delle strutture esistenti; d) prevedere idonee misure di controllo e di sanzione nei riguardi dei Direttori generali inadempienti.

Il tema delle liste di attesa (ribadito nel Piano sanitario nazionale 1998-2000), diviene, in tal modo, uno dei compiti delle Regioni e delle Aziende sanitarie che debbono elaborare programmi per l'abbattimento dei tempi di attesa attraverso due strumenti: il pieno utilizzo delle risorse assistenziali disponibili e il miglioramento dell'appropriatezza delle prescrizioni mediante l'adozione di Linee guida. Si tratta di due strade entrambe difficili da percorrere poiché implicano, da un lato, la ridefinizione dei modelli organizzativi delle Aziende sanitarie in termini di utilizzo delle strutture, delle apparecchiature e del personale sanitario, dall'altro, una rimodulazione dell'attività clinica dei medici di famiglia e specialistici nelle loro richieste di accertamenti o ricoveri per i propri pazienti. In entrambe le direzioni la componente medica assume un ruolo determinante poiché deve rendersi disponibile a rivedere il proprio operato nel rispetto delle indicazioni provenienti dal Ministero e dalle Regioni. Tutto ciò senza che sia prevista una diretta partecipazione dei medici alla definizione dei modelli organizzativi e delle Linee guida da seguire.

Su questo tema, si gioca un aspetto ancor più delicato per il ruolo medico, relativo alla incompatibilità con lo svolgimento di altre attività sanitarie entro e fuori il sistema pubblico. L'incompatibilità costituisce un tassello cruciale del riordino voluto dal Ministro Bindi con il D.L.vo 229/99 (la terza riforma dopo l'avvio del Servizio sanitario nazionale nel 1978), dal momento che deve provvedere a rendere i medici partecipi del Servizio

sanitario nazionale, limitandone le attività in ambiti privati e concorrenziali. Che si tratti di una problematica importante è dimostrato dal fatto che è un tema ricorrente nella politica sanitaria italiana degli ultimi trenta anni per il quale sono state combattute battaglie mai completamente vinte sia dagli enti ospedalieri sia dallo Stato (Vicarelli, 2005). Non solo, infatti, sono state emanate, nel tempo, norme poco chiare su cui si sono appuntati i ricorsi dei medici al Consiglio di Stato e alla Corte costituzionale, ma anche laddove si sono individuati limiti vincolanti questi sono stati apertamente disattesi. Ora la legge Bindi prevede l'esclusività del rapporto di lavoro con il Servizio sanitario nazionale, il che significa che il personale medico deve optare tra il mantenere la professione esterna, rimanendo nel Servizio pubblico con una penalizzazione economica e di carriera, oppure dare il proprio impegno esclusivo alla sanità pubblica con la possibilità di esercitare la libera professione all'interno del sistema stesso (libera professione intramuraria). Su questo specifico punto, all'art. 15 *quinquies*, comma 3 del D.L.vo 229 si afferma che, al fine di concorrere alla riduzione progressiva delle liste di attesa, l'attività libero professionale non può comportare per ciascun dipendente un volume di prestazione superiore a quello assicurato per i compiti istituzionali. Ciò significa che i medici debbono impegnarsi a svolgere una limitata o quantomeno regolata attività professionale esterna e interna, nella logica della razionalizzazione e del massimo utilizzo delle strutture pubbliche. Concetto che viene ribadito all'art. 10 dell'Atto di indirizzo e coordinamento concernente l'attività libero-professionale intramuraria della dirigenza sanitaria<sup>2</sup> (Atto del 27/3/2000)<sup>3</sup>, in cui si esplicita che tale attività può essere svolta anche per conto dell'Azienda da cui i medici dipendono, purché sia finalizzata alla riduzione dei tempi di attesa.

In altri termini con queste norme si presenta, da un lato, la volontà di assicurarsi l'impegno esclusivo dei medici nelle attività istituzionali al fine di ridurre le liste di attesa e, dall'altro, l'esigenza di utilizzare l'opera di questi stessi medici in regime libero-professionale interno per far fronte a prestazioni non differibili in ragione della gravità e della complessità della patologia. È evidente il circolo vizioso che può realizzarsi in ogni

Azienda sanitaria tra il livello di prestazioni istituzionali e quelle in libera-professione interna e, comunque, la posizione cruciale della componente medica nella risoluzione del problema dei tempi e delle liste di attesa<sup>4</sup>.

A seguito delle normative suddette si avviano, in Italia, una serie di programmi e di iniziative da parte delle Regioni e delle Aziende sanitarie che risultano assai diverse per metodi, risorse e risultati. Per questo motivo, viene nominata nel 2001 una Commissione tecnica nazionale<sup>5</sup> con lo scopo di produrre un'analisi sistematica e raccomandazioni in merito (Ministero della sanità, 2001). Sulla base dei lavori della Commissione viene, altresì, svolta, a partire da settembre 2001, una ricognizione sulle azioni intraprese a livello locale i cui risultati assumono la veste di un consuntivo di quanto realizzato in applicazione del decreto legislativo 124/98<sup>6</sup> (Ministero della salute, 2002).

Dall'indagine risulta che l'85% delle Aziende sanitarie rispondenti possiede un Centro unificato di prenotazione (CUP) per le prestazioni specialistiche, mentre è assai minore il numero di CUP per prestazioni ospedaliere (solo in 43 aziende). In ogni caso si tratta di servizi aziendali e non sovra-aziendali con scarsa possibilità di smistamento della domanda in altre strutture del territorio. Nei processi di razionalizzazione della domanda si registra un coinvolgimento dei medici di famiglia nella metà circa delle aziende, mentre solo in un quarto di esse dichiara di essersi rivolte ai pediatri e solo il 7% ai medici specialisti prescrittori. Più variegato è il quadro delle iniziative finalizzate alla razionalizzazione dell'offerta dei servizi con un aumento (nell'80% delle aziende) delle ore di utilizzo delle apparecchiature esistenti e con un incremento (nel 60% dei casi) del numero delle apparecchiature, della revisione dei percorsi organizzativi e della disponibilità del personale. Il 43% delle aziende, soprattutto nelle Regioni settentrionali, ha acquistato prestazioni dai propri professionisti in regime di libera-professione intramuraria, mentre il 37% ha acquisito prestazioni da specialisti privati esterni. Nel complesso, la regolamentazione dell'attività svolta in regime di libera professione interna risulta poco sviluppata (solo nel 39% delle aziende), così come appare del tutto insufficiente l'attenzione dedicata al monitoraggio

dei tempi di attesa, soprattutto per i ricoveri ospedalieri per i quali le prenotazioni sono svolte ancora direttamente dai reparti. Poche, infine, risultano le iniziative in tema di gestione delle liste di attesa che abbiano superato la fase pilota di verifica sperimentale e di prima introduzione.

#### 4.2. Gli orientamenti dei governi di centro-destra

È a seguito di tale situazione che il 14 febbraio 2002 il nuovo Governo di centro-destra e le Regioni firmano un accordo sulle modalità di accesso alle prestazioni diagnostiche e terapeutiche e sugli indirizzi applicativi per le liste di attesa. In tale accordo si sostiene che il principio della tempestività nell'erogazione delle prestazioni sanitarie costituisce un «aspetto strutturale» dei livelli essenziali di assistenza (LEA). I contenuti dell'accordo vengono recepiti con il DPCM del 16 aprile 2002. L'accordo seguente (dell'11 luglio 2002) sancisce quali sono gli indirizzi applicativi sulle liste di attesa, precisando i principi generali cui ci si deve attenere nella definizione delle priorità: la gravità-emergenza, l'urgenza, l'appropriatezza dell'intervento.

Con questa logica, l'attuazione, il monitoraggio e l'aggiornamento dell'accordo sui LEA e sulle liste di attesa, vengono inseriti nel Piano sanitario 2003-2005 tra i dieci progetti principali da realizzare. Al progetto vengono destinate apposite risorse finanziarie fino alla emanazione (il 28 marzo 2006) del «Piano nazionale di contenimento dei tempi di attesa per il triennio 2006-2008».

Il Piano si propone di fissare il percorso di governo delle liste di attesa, determinando l'elenco delle 100 prestazioni per le quali vanno stabiliti i tempi massimi per l'erogazione. Si prevede, inoltre, la realizzazione di un flusso informativo specifico per il monitoraggio delle liste di attesa all'interno del nuovo sistema informativo sanitario (NSIS), mentre si statuisce quali sono le modalità di certificazione delle realizzazioni effettuate. Il Piano ribadisce, infine, che verranno imposti i parametri nazionali di tempo massimo di attesa alle Regioni inadempienti. Ogni Regione, infatti, deve dotarsi di un Piano regionale programmatico, unico e integrato, nel quale fare confluire e rendere coerenti tutti gli atti e i provvedimenti già adottati, per la

cui realizzazione restano responsabili i Direttori generali delle Aziende sanitarie.

La lettura del Piano indica le difficoltà attuative riscontrate dal governo di centro-destra sul tema delle liste di attesa, nonostante i ripetuti e conclamati impegni del Ministro della salute on. Sirchia per il loro abbattimento. Il fatto è che lo stesso Ministro si oppone, in questi anni, alla applicazione delle norme volute dal suo predecessore sulla incompatibilità del ruolo medico, facendosi paladino delle richieste corporative di larga parte delle associazioni mediche. Di fatto, questa posizione ministeriale rende difficile, se non impossibile, la regolamentazione dell'attività libero-professionale interna dei medici che, aspettando la revisione della normativa, ne sospendono di fatto l'applicazione (Vicarelli, 2005). Peraltro, le norme sulla Devoluzione del sistema italiano, offrono alle Regioni la possibilità di fare scelte differenziate su una molteplicità di problematiche organizzative e di appropriatezza degli atti medici, tra cui quelle relative ai tempi di attesa. Tutto ciò in una situazione in cui i processi di aziendalizzazione sanitaria vengono rimessi in discussione e in cui si tenta di privare i Direttori generali della loro autonomia gestionale, in una logica di centralizzazione regionale strisciante, di carattere più politico che manageriale (Vicarelli, 2006).

È a fronte di questi scarsi risultati ottenuti dai governi di centro-destra che il nuovo Ministro alla salute (on. Livia Turco) del governo di centro-sinistra che torna a guidare il Paese nell'aprile 2006, può affermare che non intende affatto fare demagogia su questo tema come il suo predecessore: «Non intendo» – proclama – «sbandierare bacchette magiche che non sono a disposizione», quanto «lavorare intensamente per assicurare soluzioni stabili, che incidono sul sistema e assicurino risposte durature e non episodiche ai cittadini, a cominciare dalla verifica attenta di quanto le norme previste dal precedente Governo hanno prodotto» (Ministero della salute, 2006). Lo stesso Ministro si dice convinta che su un tema così delicato il sistema sanitario italiano abbia già sperimentato, almeno in alcune aree territoriali, soluzioni di successo e di maggiore equità, da cui si ha il dovere, oltre che l'interesse, di partire.

In questa prospettiva vanno considerati i risultati di un'indagine svolta tra la fine del

2004 e l'inizio del 2005 dall'Agenzia per i servizi sanitari regionali (ASSR) nell'ambito del progetto «I mattoni del Nuovo Sistema Informativo Sanitario Nazionale». Indagini cui hanno collaborato tutte le Regioni e province autonome italiane (Liva, Carzaniga, Reale, 2006). Realizzata attraverso *focus group* territoriali<sup>7</sup>, la ricerca ha individuato un ampio spettro di fattori di impatto negativo e di soluzioni intraprese dalle Aziende sanitarie per migliorare il problema dei tempi di attesa. Su entrambi i versanti l'insieme degli elementi descritti vengono riferiti a tre aree: i comportamenti degli utenti, i comportamenti dei medici, i fattori di sistema.

Sul primo versante (di impatto negativo), si evidenziano comportamenti contraddittori dei pazienti. Molti di essi, ad esempio, esprimono la necessità/volontà di ottenere le prestazioni presso specifiche strutture territoriali (vicine alla propria abitazione) anche se ciò significa tempi di attesa lunghi. Dall'altro è estesa la mancata presentazione dei pazienti all'appuntamento già prenotato, per l'abitudine dei cittadini a prenotazioni multiple presso erogatori diversi. I questo caso, si tratta, spesso, di autoprescrizioni effettuate dai pazienti per processi crescenti di autocura.

L'inappropriatezza prescrittiva dei medici è ritenuta da tutti gli intervistati una delle cause maggiori dell'eccesso delle domanda di servizi sanitari e conseguentemente dei lunghi tempi di attesa. Per la sua spiegazione vengono individuati fattori che si riferiscono sia alla formazione universitaria dei medici, accusata di essere troppo concentrata sulla logica diagnostica, sia al mancato coinvolgimento dei sanitari nella definizione dei percorsi diagnostici e/o terapeutici. Situazione quest'ultima «lamentata in 11 regioni come motivo frequente di utilizzo improprio dei servizi, eccesso di domanda, consumo incongruo di risorse» (Liva, Carzaniga, Reale, 2006: 208). Ciò risulta confermato dai buoni risultati riscontrati quando in alcune Aziende sanitarie i medici specialisti o i medici di medicina generale sono stati coinvolti nel riesame delle loro prescrizioni e nella costruzione di protocolli concordati.

Sul piano dei determinanti legati al sistema vengono evidenziati dalla ricerca fattori legati all'eccessiva concentrazione delle attività diagnostiche nell'ospedale a scapito del

territorio, alle carenze nella quantità di professionisti o di centri deputati alle prestazioni, alle rigidità, infine, nelle procedure di rinnovo dei contratti per motivi economici. Ad esempio si è segnalato che i contratti con gli specialisti ambulatoriali hanno durate brevi, il che comporta la sistematica incertezza sul prosieguo delle attività curative; oppure che l'esaurimento dei *budget* aziendali a fine anno può determinare il prolungamento dei tempi di attesa per mancanza di risorse economiche. D'altro canto, l'aumento dell'offerta dei servizi, documentata nella maggior parte delle Regioni italiane, non sembra ridurre necessariamente il problema, ma creare spesso un ulteriore incremento della domanda dei servizi con rapido riprodursi delle criticità che si era cercato di risolvere. I CUP restano, peraltro, a carattere aziendale, anche se alcune Regioni hanno avviato CUP regionali o provinciali e forme di prenotazione della prestazione direttamente da parte dei Medici di medicina generale.

## 5. Liste di attesa e stili di *governance*

Dal 1996 a oggi si sono succeduti, in Italia due schieramenti governativi fortemente differenziati. Ai governi di centro-sinistra, guidati rispettivamente, dal 1996 al 2001, da Romano Prodi, Massimo D'Alema e Giuliano Amato, è subentrato un governo di centro-destra, a larga maggioranza parlamentare, retto da Silvio Berlusconi (2001-2006). Questo governo, nel giugno 2006, è stato sostituito da un ulteriore governo di centro-sinistra, a bassa maggioranza parlamentare, guidato da Romano Prodi.

In 10 anni l'Italia ha, dunque, mutato per tre volte l'indirizzo generale della propria politica interna, aderendo a modelli di governo della *res publica* sostanzialmente diversi tra loro, poiché dal centralismo della prima metà degli anni Novanta si è passati alla riforma federale e alla devoluzione negli anni seguenti. Ciò vale in particolar modo per gli orientamenti nei riguardi del *welfare* o meglio dell'adeguamento delle politiche sociali alle mutate condizioni finanziarie, demografiche, occupazionali, degli anni Novanta. A fronte di una crescente inadeguatezza dello Stato sociale verso bisogni e rischi nuovi, si è cercato, infatti, di rimodellare le politiche pubbliche nei limiti delle compatibilità eco-

nomiche derivanti dall'adesione alla Unione europea e nella consapevolezza delle connesse alla richiesta di una maggiore responsabilizzazione da parte delle autonomie regionali. Queste finalità sono state perseguite dai due schieramenti politici con stili di *governance* sostanzialmente diversi tra loro.

L'adeguamento del *welfare*, infatti, è avvenuto tramite un ampio processo di negoziazione nei governi di centro-sinistra e attraverso una dinamica più decisionista nei governi Berlusconi. In termini sostantivi, mentre le riforme avviate dal centro-sinistra hanno guidato il sistema di *welfare* verso politiche di inclusione sociale, di allargamento della cittadinanza e di integrazione sistemica e relazionale, le norme progettate ed emanate dal governo Berlusconi sono state contrassegnate da un intervento pubblico più ridotto e selettivo con delega al volontariato, alle famiglie e alla responsabilità sociale delle imprese.

Sotto questa luce gli interventi di politica sociale dello schieramento di centro sinistra hanno proposto la volontà di dare allo Stato sociale una organicità mai raggiunta in precedenza. A tale organicità ha corrisposto il tentativo di professionalizzare il settore del *welfare* con l'obiettivo di garantire ai livelli operativi (soprattutto intermedi) un profilo giuridico chiaro e stabilità occupazionale. Al pari tempo, tutti i professionisti (*in primis* i medici) venivano vincolati a diritti e a doveri precisi, così da assicurare allo Stato sociale la loro moralità e l'esclusività del loro lavoro, spesso manchevoli nel passato. Una delle conseguenze più interessanti di questo quadro del *welfare* era che esso imponeva di cogliere con «precisione il rapporto tra produzione delle condizioni di bisogno e le modalità di soddisfacimento delle esigenze di protezione sociale» (Benassi, Mingione, 2002: X). Ciò significava affidare al livello locale il compito di trovare risposte eque ed efficienti, sulla base delle risorse professionali disponibili, dei diversi stili di adattamento e di innovazione istituzionale, della mobilitazione e del coinvolgimento degli attori territoriali.

I governi di centro-destra, dal canto loro, hanno ritenuto di dover cambiare rotta proprio a partire dalla pluralità e non sistematicità degli interventi programmati che hanno assunto un carattere a prima visto privo di una coerenza interna. L'antinomia più evi-

dente è stata la mancata esplicitazione (se non ideologica) degli obiettivi da raggiungere, la non individuazione delle fonti di spesa e di finanziamento, la non valutazione degli effetti economici e sociali attesi. Tale strategia risultava correlata, tuttavia, al progetto di alleggerire gli impegni pubblici in tema di sanità, istruzione e servizi alle persone, rendendone sempre più partecipi i soggetti privati (aziende, fondazioni, associazioni di volontariato) a partire dalla famiglia. Con la libertà di scelta, d'altro canto, è stata giustificata anche la battaglia ingaggiata dal Ministro Sirchia a favore dei medici del Servizio sanitario nazionale o degli stessi infermieri ai quali si è inteso riconoscere il diritto di svolgere la libera professione (interna o esterna alle strutture pubbliche) mantenendo i privilegi economici e di carriera che erano stati loro concessi come contropartita per l'esclusività del rapporto di lavoro. Infine, anche nei riguardi della delocalizzazione del sistema di *welfare*, l'enfasi posta sulla devoluzione si è correlata con la libertà riconosciuta agli enti locali (in primo luogo alle Regioni) di decidere le forme e gli strumenti attraverso i quali garantire alcune tutele pubbliche, mantenendo al governo centrale una semplice funzione di coordinamento.

In un'ottica di medio e lungo periodo, dunque, le diverse configurazioni di *welfare* che emergono dai cambiamenti istituzionali e di *governance* avviati nel decennio 1996-2006 possono essere interpretate in termini di continuità o discontinuità con il passato o meglio di innovazione rispetto al tradizionale modello di *welfare capitalism* italiano. In tal senso sembrano assai più innovative le forme di *welfare* integrato, territoriale, professionalizzato e concertato introdotte (almeno parzialmente) dai governi di centro-sinistra. Infatti le modalità di *welfare* segmentato, localistico, corporativo, non concertato volute dai governi di centro-destra risultano più simili alle tradizionali politiche italiane quasi a conferma di dinamiche di lungo periodo in grado di resistere al trascorrere del tempo. Sul piano degli stili di *governance* si può, infatti, affermare che i governi di centro sinistra hanno proposto forme innovative di tipo manageriale (seppur deboli) e pluraliste, mentre i governi di centro destra hanno proposto forme consuete di *governance* clientelare-corporativo o populiste.

Nell'ambito specifico delle politiche sulle liste di attesa, i governi di centro-sinistra hanno cercato di superare le modalità clientelari, tipicamente caratterizzanti il *welfare capitalism* italiano, secondo cui sono gli scambi personali e reciproci a governare le relazioni micro, meso e macro del sistema. L'avvio di politiche volte a introdurre sistemi manageriali di programmazione e controllo avrebbe permesso, infatti, nelle intenzioni del governo, una definizione a priori dell'offerta e della domanda sanitaria, con la delega alle Aziende sanitarie di risolvere sul territorio le problematiche via via emergenti. In quest'ottica la razionalizzazione della domanda e dell'offerta sanitaria sono state presentate come strumentazioni in grado di garantire la più ampia tutela possibile ai cittadini, soprattutto se accompagnate con sistemi organizzativi nuovi nell'utilizzo delle strutture e delle risorse esistenti. Le professioni sanitarie, mediche e non mediche, di conseguenza, sono state chiamate a partecipare, secondo una visione pluralista, al patto per la salute progettato dal Ministro Bindi, in una logica di scambio, secondo cui all'esclusività dell'impegno nel sistema pubblico avrebbe fatto da corrispettivo un incremento delle retribuzioni e delle possibilità di carriera. La *governance* manageriale così avviata, priva tuttavia di un forte accento partecipativo, si è scontrata con il corporativismo delle associazioni mediche e con una loro identità pubblica limitata. Di conseguenza, molte delle proposte di regolazione delle liste e dei tempi di attesa sono rimaste inattuato per l'opposizione principale delle categorie mediche, nonché per la debolezza dei processi di aziendalizzazione realizzati (Vicarelli, 2006). In altri termini il managerialismo debole e il pluralismo non partecipato dei governi di centro-sinistra non hanno avuto la capacità di modificare le liste e i tempi di attesa, se non in alcune Regioni del centro-nord dove i governi locali hanno potuto contare su una maggiore continuità politica (di centro-sinistra) e un apparato organizzativo più saldo.

D'altro canto, i governi di centro-destra hanno seguito modalità di *governance* da un lato populiste e dall'altro fortemente clientelare-corporative lasciando che il managerialismo sanitario diventasse ancora più debole e che il sistema deregolato trovasse configurazioni locali simmetriche agli interessi politi-

ci e alle *lobbies* locali. Da qui l'accento solo retorico sull'importanza di diminuire i tempi e le liste di attesa e l'interesse a indebolire le tutele pubbliche a favore di un sistema di *welfare* quanto più privatistico possibile.

Ne consegue, che a distanza di dieci anni dall'avvio delle prime politiche di governo delle liste di attesa, i risultati concreti, in Italia, sono ancora limitati e molto differenziati sul territorio nazionale, a riprova di una difficoltà del Sistema sanitario pubblico di garantire a tutti i cittadini forme eque di accesso alle cure sanitarie. D'altro canto, la stessa trasformazione del Servizio sanitario nazionale in un Servizio sanitario regionalizzato, dimostra i rischi che vanno proponendosi nella effettiva garanzia ai cittadini di un eguale diritto alla salute. Tutto ciò rende critica la situazione sanitaria, almeno in alcune aree regionali e locali, dove più concretamente che altrove potrebbe darsi la possibilità che i pazienti si rivolgano a strutture sanitarie non nazionali, come sancito dalla sentenza della Corte di giustizia del maggio 2006.

In termini scientifici e operativi, ciò comporta che i fattori strutturali, culturali e politici che vanno individuati per l'analisi e la risoluzione del problema delle liste di attesa dovranno includere, sempre più, le influenze derivanti dai processi di unificazione europea. Su questo obiettivo va ricercata una forte alleanza tra chi s'impegna, da un lato, con i propri strumenti metodologici e di ricerca a comprendere nella sua complessità il fenomeno (giuristi, sociologi, economisti, politologi) e chi si propone, dall'altro, di rendere operative le soluzioni individuate (Governo centrale, Regioni, Aziende ospedaliere e territoriali). «Pensare globale e agire locale», di conseguenza, rappresenta, per l'Italia, nel caso della gestione delle liste di attesa, un

imperativo categorico che le politiche sanitarie non potranno esimersi dal considerare.

### Note

1. Decreto legislativo sulla Ridefinizione del sistema di partecipazione al costo delle prestazioni sanitarie e del regime delle esenzioni a norma dell'art. 59, comma 50, della Legge 27 dicembre 1997, n. 449 (G.U. 30 aprile 1998, n. 99).
2. Il D.L.vo 229 abolisce i due livelli di dirigenza precedenti (I e II) con la definizione per i medici di un unico ruolo articolato in relazione alle responsabilità professionali e gestionali. Gli incarichi conferiti ai dirigenti sono incarichi di direzione di struttura che può essere semplice o complessa) e prevedono la responsabilità per l'efficacia e l'efficienza della gestione.
3. Pubblicato nella G.U. serie generale n. 121 del 26 maggio 2000.
4. Ciò nonostante viene affidato un ruolo rilevante ai Direttori generali poiché ad essi spetta la concreta attuazione delle indicazioni e dei criteri generali stabiliti dalle Regioni, mediante la scelta delle strategie maggiormente in grado di ridurre, nel proprio specifico contesto locale, le liste e i tempi di attesa. Il Ministero della salute assume, infatti, un ruolo di indirizzo e di monitoraggio finalizzato a promuovere linee generali di intervento, mentre le Regioni hanno compiti specifici di programmazione delle prestazioni da rendere prioritarie e dei tempi massimi di attesa che si vogliono stabilire.
5. Commissione istituita con Decreto del Ministro della sanità del 28 dicembre 2000.
6. Il periodo di riferimento per l'indagine è compreso tra il mese di gennaio 2000 e quello di settembre 2001, data di inizio della rilevazione. I soggetti cui l'indagine è mirata sono costituiti da Aziende sanitarie locali, Aziende ospedaliere, Istituti di ricerca e cura a carattere scientifico (IRCCS) pubblici e privati, Policlinici universitari pubblici e privati. La Regione Lombardia ha deciso di includere nell'indagine solo 5 Aziende sanitarie e 71 strutture accreditate che erogano direttamente le prestazioni per il Servizio sanitario pubblico.
7. Gli incontri si sono svolti tra il novembre 2005 e il febbraio 2006 e ha coinvolto 288 esperti o soggetti coinvolti nel problema dei tempi e delle liste di attesa quali referenti aziendali, rappresentanti dei medici di medicina generale, delle associazioni di tutela dei cittadini ecc. (Liva, Carzaniga, Reale, 2006).

## B I B L I O G R A F I A

- BAUMAN Z. (2006), *La solitudine del cittadino globale*, Feltrinelli, Milano.
- BENASSI D., MINGIONE E. (2002), «Welfare locale, lotta all'esclusione sociale e riforma dell'assistenza in Italia», *Economia & Lavoro*, 1, pp. 79-95.
- CLARK T.N. (2000), «Old and new paradigms for urban research: Globalization and the fiscal austerity and urban innovation project», *Urban Affairs Review*, 36, pp. 2-45.
- COUNCIL OF EUROPE (2000), *Criteria for the management of waiting lists and waiting times in health care*, [www.coe.int/T/E/Social\\_Cohesion/Health/Documentation/Waiting](http://www.coe.int/T/E/Social_Cohesion/Health/Documentation/Waiting).
- CULLIS J.G., PHILIP R.J., PROPPER C. (2000), «Waiting lists and medical treatment: Analysis and Policies», in A.J. Culyer, J.P. Newhouse (eds), *Handbook of Health Economic*, vol. I, Amsterdam, Elsevier Science B.V., pp. 1201-1249.
- DIGAETANO A., KLEMANSKI J.S. (1999), *Power and city governance: Comparative perspective on urban development*, Minneapolis, University of Minneapolis Press.
- DIGAETANO A., STROM E. (2003), «Comparative urban governance. An integrated Approach», *Urban Affairs Review*, vol.38, 3, pp. 356-395.
- ESPING-ANDERSEN G. (1990), *The Three Worlds of Welfare Capitalism*, Princeton University Press, Princeton.
- ESPING-ANDERSEN G. (1999), *Social Foundations of Postindustrial Economics*, Oxford University Press, Oxford.
- FEDERICI A., LOIUDICE M. (1999), «Il contributo dell'analisi dei tempi di attesa al miglioramento dell'attività ambulatoriale», *Mecosan*, 31, pp. 99-100.
- JOHN P., COLE A. (2000), «When do institutions, policy sectors and cities matter? Comparing networks of local policy makers in Britain and France», *Comparative Political Studies*, vol. 33, 2, pp. 248-268.
- LICHBACH M.I., ZUCKERMAN A.S. (eds) (1997), *Comparative politics: Rationality, culture and structure*, Cambridge University Press, Cambridge.
- LIVA C., CARZANIGA S., REALE E. (2006), «L'opinione degli esperti: i risultati dei Focus Group nelle regioni italiane», in G. Mariotti (a cura di), *Priorità cliniche in sanità. Come governare i tempi di attesa con il coinvolgimento dei professionisti*, FrancoAngeli, Milano.
- MINISTERO DELLA SANITÀ (2001), *Analisi e proposte in tema di liste di attesa nel SSN*, Roma.
- MINISTERO DELLA SALUTE (2002), *Rilevazione nazionale degli interventi attuali in tema di liste e tempi di attesa dalle Aziende USL ed ospedaliere. Aggiornamento dati al 20 giugno 2002*, Roma.
- MINISTERO DELLA SALUTE (2006), *Un New Deal della salute. Linee del programma di Governo per la promozione ed equità della salute dei cittadini*, Roma, 27 giugno.
- Monitor Redazione (2003), «Liste di attesa: fenomeno da governare», *Monitor*, 7, pp. 29-57.
- PACI M. (2005), *Nuovi lavori, nuovo welfare. Sicurezza e libertà nella società attiva*, Mulino, Bologna.
- RAMSEY M. (1996), «The local community: Maker of culture and wealth», *Journal of Urban Affairs*, 18, pp. 95-118.
- ROSS M.H. (1997), «Culture and Identity in comparative political analysis», in M.I. Lichbach, A.S. Zuckerman (eds), *Comparative politics: Rationality, culture and structure*, Cambridge University Press, Cambridge.
- ROTSTEIN D.L., ALTER D.A. (2006), «Where does the waiting list begin? A short review of the dynamics and organization of modern waiting lists», *Social Science and Medecine*, vol. 62, pp. 3157-3160.
- SICILIANI L., HURST J. (2004), «Tackling excessive waiting times for elective surgery: a comparative analysis of policies in 12 OECD countries», *Health Policy*, vol. 72, pp. 201-215.
- TOUSIN W., VICARELLI G. (2006), «Medical autonomy: open challenges from consumerism and managerialism», *KWS*, in press.
- VICARELLI G. (2005), *Il malessere del Welfare*, Liguori, Napoli.
- VICARELLI G. (2006), «I direttori generali delle aziende sanitarie sono imprenditori pubblici?», in corso di stampa.

# L'equità nel sistema sanitario romeno tra principi teorici e condizioni reali

CORINA MIHAELA CHIVU, DANA OTILIA FARCASANU

*The WHO defines equity in health as the opportunity that should be given to all individuals to get and maintain an optimal health status. The article describes inequity in the Romanian healthcare system, focusing on child mortality, tuberculosis prevalence, physicians' density and other key aspects.*

## Note sugli autori

Corina Mihaela Chivu  
Università di Medicina e Farmacia «Carol Devila»,  
Bucarest  
chivuster@gmail.com  
Dana Otilia Farcasanu  
Centro per le Politiche dei Servizi Sanitari, Bucarest  
L'adattamento italiano è stato curato da Carlo De  
Pietro - CERGAS, Bocconi

## 1. Introduzione

Durante gli ultimi 18 anni la Romania ha conosciuto un processo di transizione verso l'economia di mercato e un nuovo sistema sanitario (assicurazioni sociali). L'impatto di un passaggio dal sistema Semashko al sistema delle assicurazioni malattia si è manifestato anche sulla distribuzione delle risorse, che è diventata più iniqua.

Obiettivo del presente lavoro è descrivere l'impatto della distribuzione delle risorse (finanziarie e di personale; Whitehead, 1990) all'interno del sistema sanitario romeno sullo stato di salute della popolazione e sull'accessibilità ai servizi sanitari.

Lo studio è descrittivo e si fonda su un'analisi retrospettiva di alcuni indicatori di salute della popolazione e del quadro legislativo per il periodo 1998-2005. Abbiamo utilizzato i dati statistici dell'OMS, del Ministero della Salute (Centro informatico, Statistica sanitaria e Documentazione medica), così come i dati statistici e qualitativi dei rapporti degli studi sulla riforma realizzati tra il 1998 e il 2005.

## 2. Risultati

In Romania la speranza di vita alla nascita resta tra le più basse d'Europa (71 anni tra 2002 e 2004; 68 anni per gli uomini e 73 per le donne), particolarmente in ambiente rurale (Marcu, Minca, 2003).

La mortalità generale è aumentata da 1.070 per centomila persone nel 1989 a 1.230 nel 2003. Le principali cause di mortalità nel 2004 sono state le malattie dell'apparato cardiovascolare (734 su 100.000 abitanti), i tumori (202), le malattie dell'apparato respi-

## SOMMARIO

1. Introduzione
2. Risultati
3. Conclusioni

ratorio (63) (Centrul de Calcul, Statistica Sanitara si Documentare Medicala, 2004).

Dopo il cambiamento dell'organizzazione del sistema sanitario, il valore in dollari correnti per le spese sanitarie totali dal 1998 al 2001 è aumentato da 1,3 miliardi di US \$ (di cui 0,7 miliardi per servizi medici e farmaci) a 1,7 miliardi di dollari (1,3 miliardi per servizi medici e farmaci; Ministerul Sanatatii, Casa Nationala de Asigurari de Sanatate, 2001). Tuttavia, durante il periodo di transizione solo una piccola parte del prodotto interno lordo (Pil) è stata assegnata al settore sanitario. Dal 1998 fino al 2005 la percentuale del Pil destinata alle spese nel settore sanitario è stata di circa 4% (era del 2,9% nel 1990; WHO, 2006), il che significa una spesa sanitaria annua di circa 75 euro a persona. Tale ripresa della percentuale della spesa sanitaria sul Pil non è stata accompagnata da maggiore equità ma ha, invece, confermato problemi legati a una fornitura insoddisfacente di servizi; al sovraccarico degli ospedali, che ricevono gran parte delle risorse rispetto agli altri livelli di assistenza sanitaria; alla diminuzione degli interventi di prevenzione delle malattie e di promozione della salute. Per un accesso più facile ai servizi sanitari la popolazione ha utilizzato pagamenti in nero, in funzione delle proprie possibilità. Ciò ha accentuato le iniquità di accesso.

In teoria gli obiettivi della riforma erano di migliorare lo stato di salute della popolazione. In tal senso sono state varate alcune leggi destinate ad assicurare la protezione degli individui in modo universale, equo e non discriminatorio, anche attraverso la definizione di condizioni di utilizzo del fondo nazionale unico delle assicurazioni malattia.

Grazie a tali tutele, le persone che non riescono a dimostrare l'iscrizione a una cassa possono comunque beneficiare di prestazioni e cure in caso di urgenze medico-chirurgiche e di malattie a potenziale demo-epidemico, così come del programma nazionale di vaccinazioni. Esse inoltre beneficiano dell'assistenza materno-infantile (monitoraggio gravidanza e assistenza al parto, servizi di pianificazione familiare ecc.), nel quadro di un pacchetto minimo di servizi sanitari garantiti a livello nazionale (legge 95/2006<sup>1</sup>).

Nei fatti, l'accesso alle cure sanitarie si caratterizza alti gradi di iniquità, come risulta dall'analisi stratificata per gruppo socio-eco-

nomico, gruppo etnico e localizzazione geografica, come sarà presentato nei paragrafi seguenti. Sulla base delle misure annuali degli indicatori sanitari risulta che gli obiettivi della riforma non sono stati ancora raggiunti come auspicato.

## 2.1. La mortalità infantile

La mortalità infantile è l'indicatore che più di altri riflette lo stato di salute della popolazione romena e dei servizi sanitari, in quanto spiegabile attraverso fattori socio-economici e ambientali, così come dalle caratteristiche del sistema sanitario (Mancu e Minca, 2003).

Il confronto dei tassi di mortalità infantile in Romania e negli altri Paesi dell'Unione europea (dati OMS) mostra che i valori più elevati sono registrati in Romania (16,8‰ rispetto alla media Ue del 6,6‰ nel 2004). Tuttavia in Romania la mortalità infantile è diminuita dal 26,9‰ nel 1989 al 16,8‰ nel 2004. La mortalità post-natale è scesa (dal 9,5‰ nel 2000 al 7,3‰ nel 2004), mentre la mortalità neonatale precoce è aumentata (dal 6,2‰ nel 2000 al 6,9‰ nel 2004). Nel 2001 il tasso di mortalità post-neonatale è stato più elevato nelle regioni rurali (20,3‰) che in quelle urbane (15,6‰; WHO, 2006).

Dal 1996 fino al 2000 la causa di principale di mortalità infantile è rappresentata dalle malattie respiratorie, in particolare la pneumonia. Dopo il 2000 sono le cause perinatali ad essere le principali ragioni di morte, con frequenza leggermente più elevata di quelle respiratorie (Institutul National de Statistica, 2006<sup>2</sup>).

Nel 2001 il tasso di mortalità infantile è stato più elevato tra i maschi (20,5‰) che tra le femmine (16,2‰). La mortalità infantile è stata più elevata nel settore rurale, a causa delle differenze esistenti nell'assistenza medica di urgenza, nell'accessibilità ai servizi, nel livello d'istruzione più basso dei genitori. Nel 2001 la maggior parte dei decessi sono stati registrati nei bambini le cui madri non avevano lavoro (53,8%), il che dimostra che non è la mancanza di tempo ma piuttosto l'assenza di formazione e d'istruzione che influenza i decessi infantili (Chivu, 2003a).

Uno studio nazionale realizzato nel 2002 su un campione rappresentativo di 625 bambini al di sotto di 5 anni ha rilevato altri

aspetti e cause di mortalità infantile a domicilio e in ospedale durante le prime 24 ore di ospedalizzazione. I dati sono stati raccolti nel quadro di *focus group* organizzati coi medici di famiglia, con le madri dei bambini deceduti e attraverso la distribuzione di un questionario ai medici, agli ispettori di salute pubblica e ai rappresentanti delle comunità (sindaci). I dati dei bambini deceduti sono stati estrapolati dai fogli di osservazione tenuti dai medici di famiglia e dagli ospedali. Due terzi dei decessi di bambini al di sotto di un anno riguardano bambini di età compresa tra 0 e 4 mesi. La maggior parte dei decessi dei bambini al di sotto di un anno (80%) sono avvenuti in ambiente rurale a causa di problemi di trasporto e dell'assenza di telefoni, in particolare della telefonia mobile. Il 40% delle madri di bambini deceduti al di sotto di un anno avevano meno di 18 anni durante la prima gravidanza. Il 22% delle madri non erano mai state visitate da un medico per un controllo prenatale. Un terzo di loro era senza alcun titolo di studio o aveva solo la licenza elementare. Il 43,7% dei genitori dei bambini deceduti a domicilio al di sotto di un anno avevano un livello socio-economico basso: solo il 25% erano impiegati e il 72% tra loro ricevevano aiuti offerti dallo Stato per il sostegno all'educazione dei figli. Il 10% dei bambini deceduti a domicilio al di sotto di un anno non erano iscritti presso alcun medico di famiglia, per il fatto che i loro genitori non possedevano documenti d'identità (in particolare presso la popolazione rom). Curiosamente, fra i bambini deceduti a domicilio al di sotto di un anno e che erano iscritti presso un medico di famiglia, solo il 12,9% era stato esaminato dal medico. Spesso non esiste un medico di famiglia nei villaggi, il che rende difficile garantire cure a domicilio per bambini al di sotto di un anno, tenuto conto soprattutto del fatto che il contratto-quadro prevede che il medico di famiglia debba obbligatoriamente rendere visita a domicilio dei bambini alle età di 1, 2, 4, 6, 9, 12, 15 e 18 mesi (legge 95/2006). D'altra parte l'assenza di comunicazione tra medici di famiglia e pediatri dell'ospedale ha avuto una grave ripercussione sulla qualità delle cure prestate ai bambini. Negli ospedali i medici hanno spesso dovuto affrontare il problema legato all'assenza di farmaci. Un altro aspetto

negativo delle qualità delle cure che merita di essere segnalato è che la maggior parte degli ospedali dipartimentali non dispone di servizi di terapia intensiva. Inoltre le leggi obbligano i medici a dimettere i bambini indipendentemente dal loro stato di salute una volta raggiunto il numero massimo di giorni di ospedalizzazione stabilito dalla cassa nazionale delle assicurazioni malattia (Institutul de ocrotirea mamei si copilului Alfred Rusescu, Ministerul Sanatatii e UNICEF, 2005).

## 2.2. Il cancro all'utero

La gerarchia di cause di decesso prematura delle donne in Romania dal 1994 al 2000 ha rilevato che i tumori occupano il primo posto e fra questi il cancro al seno (15,4 su centomila abitanti nel 2002; WHO, 2006), seguito dal cancro alla cervice (12,8 per centomila abitanti nel 2003; Marcu *et al.*, 2002).

La mortalità causata dal cancro della cervice è la più elevata nell'Europa dell'est (12,1 su 100.000 abitanti in Romania rispetto a 7,3 in Moldavia, 6,3 in Bulgaria e 5,2 nella Federazione Russa nel 2004; WHO, 2006).

La mortalità causata dal cancro alla cervice si spiega in parte con i limiti all'accesso per le donne dai 15 ai 44 ai test di *screening*, com'è risultato dallo studio sulla salute della riproduzione effettuato nel 1999 e nel 2003. Il 39% delle donne dai 15 ai 24 anni non avevano mai sentito parlare di tali test. Al 16% delle donne tra i 25 e i 34 anni non era mai stata fatta alcuna raccomandazione di sottoporsi al test, mentre il 14% delle donne con meno di 25 anni ha dichiarato di aver sentito tale raccomandazione ma di non essersi comunque sottoposte a test. Le donne che non avevano mai fatto test di *screening* erano nubili (92%), con un livello d'istruzione basso (tra chi aveva la scuola dell'obbligo il tasso era pari al 92%), di etnia rom (93%) e romena (83%), di età compresa tra i 15 e i 24 anni (95%) (Studiul national sanatarea reproduceerii, 1999, 2003).

Uno studio realizzato da USAID in Romania ha rivelato alcuni motivi per i quali i medici di famiglia non raccomandano alle donne di età fertile l'esecuzione del test Papanicolau (Pap test). Essi sostengono che sono i medici specialisti a dover decidere se il test è

necessario, che esiste una debole comunicazione con gli specialisti di ostetricia e ginecologia, che comunque i medici di famiglia non sanno dove inviare le donne per effettuare il test e, inoltre, che anche nel caso in cui consigliassero a una donna di effettuare il test, questa probabilmente non lo farebbe a causa del costo economico che esso comporta (Himelfarb EC, 2004).

Benché il cancro alla cervice sia un rilevante problema di salute pubblica, nel 2004 non esisteva ancora un programma nazionale per il controllo di tale tipo di tumore. Lo *screening* per il cancro alla cervice non è incluso nei piani di assicurazione malattia (Vladescu, 2004).

### 2.3. La tubercolosi

Fino al 2004 la Romania ha occupato il primo posto in Europa per l'incidenza della tubercolosi, che in quell'anno ha fatto registrare 131,8 casi su centomila abitanti, rispetto agli 84,8 nella Federazione Russa, ai 38,9 della Bulgaria, ai 17,5 dell'Albania (WHO, 2006).

Secondo i dati del Centro di statistica sanitaria, nel 2004 l'incidenza della tubercolosi è stata di 114,3 casi nuovi su centomila abitanti rispetto ai 58,3 del 1999. I dipartimenti che hanno registrato nel 2004 l'incidenza più elevata di tubercolosi sono stati quelli dell'est e del sud del Paese (Ilfov 165 per centomila abitanti, Constanta 161, Botosani 159, Giurgiu 152, Olt 151, Galati 141, Dolj 139; Centrul de Calcul, Statistica Sanitara si Documentare Medicala, 2004).

La povertà della popolazione ha ridotto il ricorso ai servizi di cura in quanto, in conformità alla legge, solo se il paziente è in regola coi pagamenti dei contributi della cassa malattia può usufruire di assistenza. Il fatto che certi malati non posseggano nemmeno un documento d'identità rappresenta un altro ostacolo all'accesso. Altri ostacoli all'accesso alla rete di controllo della tubercolosi riguardano le lunghe file di attesa presso il medico di famiglia per l'ottenimento della prescrizione, le liste di attesa per le visite e le altre prestazioni specialistiche, le difficoltà di garantire presenza medica e infermieristica presso le comunità rom (Chivu, 2001a).

### 2.4. La dotazione ospedaliera

Alla fine del 2004 in Romania erano in funzione 450 ospedali pubblici e 9 privati. Ciò significa 1,9 ospedali rispetto a centomila abitanti, contro una media di 3,1 nell'Unione europea. Inoltre, spesso gli stabilimenti ospedalieri hanno strutture vecchie e poca – o comunque obsoleta – tecnologia. Benché nel quadro di riforma del sistema e nel contesto di adesione della Romania alla Ue la necessità di accreditamento degli ospedali sia stata riconosciuta (il che obbligherebbe a un loro rinnovamento), il processo è stato rinviato e fino ad oggi non è stato attivato alcun programma.

In Romania l'utilizzo di servizi ospedalieri è più elevato rispetto all'Ue (21,3 ricoveri su 100 abitanti rispetto ai 17,9 medi Ue). I pazienti hanno più fiducia nei medici specialisti.

In generale i pazienti, indipendentemente dal loro domicilio, preferiscono farsi curare a Bucarest. Gli ospedali della capitale sono dotati di tecnologie migliori rispetto agli ospedali regionali.

A livello nazionale la percentuale più elevata di pazienti ospedalizzata è stata nella regione del sud est (63%) e al sud (59%). Nel 2005 la percentuale più elevata di pazienti ospedalizzata sulla base di indicazioni da parte dei medici di famiglia è stata a Bucarest (40%). In Romania dal 1999 al 2004 il sistema ospedaliero ha assorbito il 60% dei fondi delle casse malattia (Centrul de Calcul, Statistica Sanitara si Documentare Medicala, 2004; Casa Nationala de Asigurari de Sanatate, 2006; Institutul National de Cercetare Dezvoltare in Sanatate, vari anni).

Infine, la distribuzione regionale degli ospedali in Romania nel 2004 mostrava disparità nella distribuzione delle risorse. La maggior parte degli ospedali sono concentrati a Bucarest (2,5 ospedali per centomila abitanti), a ovest (2,7) e a nord ovest (2,4) (Centrul de Calcul, Statistica Sanitara si Documentare Medicala, 2004).

### 2.5. La dotazione di medici

La dotazione di medici e la distribuzione delle loro specializzazioni mostra differenze regionali importanti.

A fronte di una media per il Paese che nel 1999 era di 191 medici attivi per centomila abitanti, si va da un valore di 67 per il dipartimento Bistrița-Năsăud, fino ai 424 del dipartimento di Bucarest.

Inoltre, nel 1999 l'86% dei medici lavoravano in ambiente urbano e solo il 14% in ambiente rurale, dove però risiedeva il 45% della popolazione. Mentre in ambiente urbano risultavano attivi 301 medici per centomila abitanti, in ambito rurale il tasso era pari a circa un quinto, e cioè di 58 medici (Centrul de Calcul, Statistica Sanitara si Documentare Medicala, 2004).

Nel 2004 in Romania risultavano in attività 198 medici ogni centomila abitanti, a confronto con una media Ue di 278 medici (WHO, 2006). Il minor numero di professionisti sanitari (medici, infermieri, farmacisti) e di letti in ospedale per mille abitanti riguarda il sud e il sud est del Paese (con l'eccezione di Bucarest), mentre il maggior numero è concentrato nella capitale e nella regione occidentale (Centrul de Calcul, Statistica Sanitara si Documentare Medicala, 2004).

Malgrado la presenza di medici nella capitale, uno studio effettuato su cinque ospedali con pronto soccorso a Bucarest ha mostrato che il numero di medici del servizio di chirurgia generale per letto andava da 0,07 a 0,15 (pari, rispettivamente, a 7 e 15 medici per cento letti), mentre lo stesso indicatore relativamente agli operatori di supporto andava da 0,20 a 0,51 (Chivu, 2001b).

In ambiente rurale, la frequente mancanza di medici di famiglia presso i villaggi significa che le persone lì residenti debbano spostarsi per le visite. Il fatto che le persone debbano sobbarcarsi i costi di eventuali spostamenti fino a località dov'è presente un medico, comporta un ricorso assai più basso ai servizi medici. Tuttavia, la mancanza di medici di famiglia può significare l'impossibilità di prestazioni sanitarie erogabili a domicilio, l'impossibilità di sorvegliare e seguire l'evoluzione dei malati cronici, l'impossibilità di stabilire quali sono i livelli di morbilità di una certa zona, l'impossibilità di prendere in carico un nuovo nato fin dai primi giorni, l'impossibilità di effettuare e verificare le vaccinazioni di tutti i bambini, le difficoltà nell'individuare la presenza di tubercolosi (Guvernul Romaniei, Ministerul

Sanatatii, Casa Nationala de Asigurari de Sanatate, 2001).

Resta poi il dato generale di un ricorso ai medici soltanto in casi di reale e importante necessità, spesso quando la malattia ha raggiunto stadi avanzati, e ciò a causa delle compartecipazioni o dei pagamenti in nero, che risultano assai onerosi per gran parte della popolazione.

## 2.6. L'assistenza farmaceutica

Un altro problema che si presenta ai pazienti e agli anziani in particolare è l'estrema difficoltà di acquistare i farmaci prescritti dal medico, per gran parte dei quali la quota a carico del paziente è pari al 65% del prezzo del farmaco (mentre il restante 35% è a carico della cassa nazionale di assicurazioni malattia; legge 95/2006). Esistono anche situazioni nelle quali al paziente ricoverato è richiesto di acquistare direttamente farmaci o presidi sanitari, così da risolvere le gravi carenze in cui versano alcuni ospedali.

Uno studio descrittivo realizzato nel 2000 su 90 medici con diverse specializzazioni e compresi alcuni studenti del quinto anno di medicina di Bucarest ha guardato alle modalità con le quali i medici provano a risolvere tali problemi. Nel caso di pazienti con redditi bassi l'80% dei medici intervistati ha dichiarato di preferire prescrivere cure e farmaci meno efficaci ma i cui costi sono alla portata dei pazienti (Stoian, 2001).

## 2.7. I disabili

Le persone disabili rappresentano una categoria che soffre importanti discriminazioni. Nei loro confronti diversi medici mostrano ostilità, rifiutandosi persino di curarli. In genere, i medici non esaminano i bambini e, implicitamente, non possono stabilire quale potenziale il bambino potrà sviluppare. Inoltre, ciascun anno i genitori dei bambini disabili devono rinnovare il certificato attestante il grado di disabilità e a tal fine devono rivolgersi all'ufficio della Commissione per la protezione del bambino. Tale certificato serve sia per ottenere aiuti sociali, sia per l'iscrizione del bambino alla scuola speciale.

Dal punto di vista legale, le persone disabili con meno di 18 anni di età, così co-

me le persone senza reddito, dovrebbero beneficiare di servizi medici gratuiti. La pratica mostra però che spesso tali persone ricevono servizi sanitari dietro pagamento in nero.

Infine, negli ambienti rurali non esistono specialisti per i disabili e quindi spesso le famiglie – e i pazienti – devono fare lunghi spostamenti per rivolgersi a specialisti (Xinco *et al.*, 2004).

### 3. Conclusioni

I problemi del sistema sanitario romeno hanno determinato insoddisfazione, non unicamente tra i pazienti, ma pure tra le autorità e gli stessi fornitori di servizi. In teoria, ogni assicurato ha diritto di essere informato almeno una volta all'anno dalle casse malattia (sito *web*, manifesti nelle sale di attesa degli istituti sanitari) sui servizi garantiti, sui contributi individuali e sulle modalità di pagamento (legge 95/2006). Oltre al sito della cassa nazionale delle assicurazioni malattia ([www.cnas.ro](http://www.cnas.ro)), è stato creato un altro sito ([www.sanatateata.ro](http://www.sanatateata.ro)) per la diffusione di informazioni, ma l'ostacolo principale resta la difficoltà di accesso a internet, in particolare negli ambienti rurali (Chivu, 2003b).

Circa la metà degli operatori crede che la riforma del sistema stia andando nel sen-

so di un suo peggioramento o comunque in una cattiva direzione. La popolazione in particolare è scontenta del fatto che i diversi governi che si sono succeduti negli ultimi anni prestano una debole attenzione al settore sanitario, malgrado i numerosi problemi che quest'ultimo deve affrontare, quali l'inequità di accesso ai servizi (in particolare per le persone anziane e per i poveri), le differenze di risorse disponibili che persistono tra ambiente urbano e ambiente rurale per quel che concerne finanziamento e fornitura dei servizi (a partire dalla grave limitatezza dei medici di famiglia che operano in campagna), la sovrapposizione di ruoli e di responsabilità delle istituzioni presenti nel sistema, l'età delle strutture ospedaliere e ambulatoriali e la vetustà della tecnologia di cui sono dotati, i bassi salari dei medici e l'assenza di stimoli per la fornitura di servizi di qualità.

### Note

1. Legge n. 95 del 14 aprile 2006 «Reforma in domeniul sanatatii», pubblicata su *Monitorul Oficial*, 372, 28 aprile 2006 (<http://www.cnas.ro/>, visitato il 24 agosto 2006).
2. [http://www.insse.ro/anuar\\_2004/zip\\_r2004/cap2-pop.pdf](http://www.insse.ro/anuar_2004/zip_r2004/cap2-pop.pdf);  
[http://www.insse.ro/anuar\\_2004/zip\\_r2004/cap3-fmun.pdf](http://www.insse.ro/anuar_2004/zip_r2004/cap3-fmun.pdf);  
[http://www.insse.ro/anuar\\_2004/zip\\_r2004/cap14-sanatate.pdf](http://www.insse.ro/anuar_2004/zip_r2004/cap14-sanatate.pdf) (visitato il 26 agosto 2006).

## B I B L I O G R A F I A

CASA NATIONALA DE ASIGURARI DE SANATATE (2006), *Evolutia FNUASS 1999-2006*, <http://www.cnas.ro/pdf/evolutie.pdf>.

CENTRUL DE CALCUL, STATISTICA SANITARA SI DOCUMENTARE MEDICALA (2004), *Anuarul de Statistica Sanitara*, <http://www.ms.ro/ccssdm/ccss.htm> (visitato il 20 agosto 2006).

CHIVU C. (2001a), «Tuberculoza-inamicul public numarul 1!», *Management in Sanatate*, 3.

CHIVU C. (2001b), «Analiza asupra spitalelor clinice de urgenta din Bucuresti in anul 1999 comparativ cu anul 2000», *Management in Sanatate*, 4.

CHIVU C. (2003a), «Starea de sanatate a copiilor si tinerilor», *Management in Sanatate*, 2.

CHIVU C. (2003b), «Un punct de vedere asupra sistemului asigurarilor sociale de sanatate din Romania», *Management in Sanatate*, 1.

HIMELFARB EC, *Improving Health Care Providers' Knowledge, Attitudes, and Practices in Reproductive Health in Rural Romania*, Project Concern International/Romania, 2004, [http://www.popcouncil.org/pdfs/frontiers/FR\\_FinalReports/Romania\\_Providers\\_SG.pdf](http://www.popcouncil.org/pdfs/frontiers/FR_FinalReports/Romania_Providers_SG.pdf).

INSTITUTUL DE OCROTIREA MAMEI SI COPILULUI ALFRED RUSCUL, MINISTERUL SANATATII, UNICEF (2005), *Socio-medical causes of mortality under 5 years at home and within 24 hours of hospitalization – Raport final*, [http://www.unicef.org/romania/media\\_2089.html](http://www.unicef.org/romania/media_2089.html).

- INSTITUTUL NATIONAL DE CERCETARE DEZVOLTARE IN SANATATE (vari anni), *Indicatori ai spitalelor*, [www.drg.ro](http://www.drg.ro).
- MARCU A., MARCU G., VITCU L., GIURGINCA D. (2002), «Evolutia deceselor premature in Romania in perioada 1994-2000», *Management in Sanatate*, 2.
- MARCU G.M., MINCA G.D. (2003), *Sanatate Publica si Management*, Didactica si Pedagogica, Bucuresti.
- MINISTERUL SANATATII, CASA NATIONALA DE ASIGURARI DE SANATATE (2001), *Relansarea reformei in domeniul sanatatii, strategii nationale in domeniul sanatatii*, <http://www.gov.ro/obiective/msff/voll.pdf>.
- STOIAN A. (2001), «Principii etice in practica medicala», *Management in Sanatate*, 4.
- XINCO S., CHIVU C., MANEZ C. (2004), *Disability in Albanian, Romanian and French culture*, paper prezentato al programma EUROPHAMILI, Lodz.
- VLADESCU C. (2004), *Pilot project in three districts in Bucharest*, paper prezentato all'OSF Public Health Seminar su Cervical cancer prevention, <http://health.osf.lt/en/archive/2004/index.php?id=3228&no=0&gid>.
- WHITEHEAD M. (1990), «The concepts and principles of equity and health», WHO, Genève.
- WHO (2006), *European health for all database*, WHO, Genève.

**Rivista aperta a contributi**

Mecosan, la cui redazione è curata dal CERGAS, Centro di Ricerche sulla Gestione dell'Assistenza Sanitaria, è una rivista aperta al contributo di chiunque desideri offrire testimonianze, opinioni, notizie e resoconti di studi e ricerche che abbiano attinenza con i temi dell'economia e della gestione manageriale delle aziende e dei sistemi sanitari, che abbiano il requisito dell'originalità e siano volti a privilegiare il valore dell'innovazione. La lingua ammessa è l'italiano.

**Condizioni essenziali per la considerazione dei manoscritti e l'ammissione al referaggio**

Non saranno considerati ed ammessi al referaggio i contributi che non rispettano le seguenti condizioni: 1) i manoscritti sottoposti a Mecosan non devono essere già stati pubblicati o presentati per la considerazione presso altre riviste;

2) i manoscritti devono rispettare gli standard di struttura, abstract, note, tabelle, riferimenti bibliografici precisati di seguito.

Gli autori sono invitati a rispettare le richieste relative alla forma e allo stile per minimizzare ritardi e necessità di revisione. Inoltre, allo scopo di garantirne l'anonimato nel processo di referaggio, gli autori stessi dovrebbero evitare ogni riferimento che ne possa consentire l'individuazione.

**Invio del manoscritto**

Il manoscritto dovrà essere presentato alla rivista sia su copia cartacea sia su file.

La copia cartacea va spedita a:

Redazione Mecosan  
CERGAS, Università L. Bocconi, Viale Isonzo, 23 - 20135 Milano

La copia sul file va inviata alla casella e-mail: [mecosan@uni-bocconi.it](mailto:mecosan@uni-bocconi.it)

**Formato e stile**

Carattere: times new roman 12

La prima pagina dovrà contenere: 1) il titolo che non superi le novanta battute, 2) i nomi degli autori, 3) i loro titoli e le istituzioni di appartenenza, 4) l'indicazione dell'autore che curerà la corrispondenza e il suo indirizzo completo, 5) eventuali ringraziamenti.

Nella seconda pagina compariranno l'abstract in inglese (massimo 120 parole) e il Sommario che deve essere breve ed indicare solo il primo livello dei paragrafi, preceduti da numeri arabi seguiti dal punto. (Esempio: SOMMARIO: 1. Introduzione - 2. Parte prima - 3. Parte seconda - 4. Conclusioni - 5. Appendici).

Si richiede uno stile lineare e scorrevole e il testo inviato deve essere già stato sottoposto al controllo ortografico. È raccomandato l'utilizzo della forma impersonale.

**Titoli dei paragrafi**

Preceduti dai numeri arabi seguiti dal punto. È previsto un solo livello di sottoparagrafi. Altre partizioni saranno segnalate da un solo titolo privo di numerazione e in corsivo.

Esempio: **1. La programmazione nelle aziende**

1.1. Gli attori del processo

*Il ruolo della direzione amministrativa*

**Tabelle, grafici e figure**

Devono essere richiamati nel corso degli articoli con riferimenti puntuali e forniti in stampa separata dal testo e in un file diverso con un titolo. Si ricorda agli autori che Mecosan è una rivista in bianco e nero, dunque non saranno accettati articoli che contengono figure a colori. Le rappresentazioni grafiche saranno accettate a condizione che siano accompagnate da tabelle numeriche riportanti i dati di riferimento.

**Note**

Con richiami numerici. Se ne consiglia la brevità ed è preferibile che non vi compaiano lunghe ed eccessive citazioni o riferimenti bibliografici.

**Lunghezza articoli**

Indicativamente i saggi dovranno essere tra le cinquemila e le diecimila parole, per le altre sezioni si consiglia di non eccedere le settemila parole.

**Riferimenti bibliografici**

Si devono effettuare con il sistema autore-data (e non con i numeri progressivi) nel corpo del testo o in nota secondo la seguente forma: (Borgonovi, 2000). Le indicazioni corrispondenti si devono riportare alla fine dell'articolo nella bibliografia, dopo le note, in ordine alfabetico, secondo il seguente esempio:

**Monografie**

BORGONOV E. (2000), *Principi e sistemi aziendali per le amministrazioni pubbliche*, Egea, Milano.

BRUNETTI G. (1979), *Il controllo di gestione in condizioni ambientali perturbate*, Milano: Franco Angeli.

**Pubblicazioni con più autori**

BRUNS W.J., KAPLAN R.S. (a cura di) (1987), *Accounting and Management: Field Study Perspectives*, Boston, MA: Harvard Business School Press.

**Saggi in pubblicazioni**

KAPLAN R.S. (1985), «Accounting lag: the obsolescence of cost accounting systems», in K. Clark, C. Lorenze (a cura di), *Technology and Productivity: the Uneasy Alliance*, Boston, MA: Harvard Business School Press, pp. 195-226.

**Articoli in riviste**

MENEGUZZO M., DELLA PIANA B. (2002) «Knowledge management e p.a. Conciliare l'inconciliabile?», *Azienda pubblica*, 4-5, pp. 489-512.

**Rapporti/Atti**

OECD (1999), *Principle of corporate Governance*, Paris: OECD.

**Non pubblicati**

ZITO A. (1994), «Epistemic communities in European policy-making», Ph.D. dissertation, Department of Political Science, University of Pittsburgh.

Per citazioni multiple dello stesso autore e nello stesso anno, far seguire a, b, c, ecc. all'anno.

I testi non citati nell'articolo che eventualmente si vorranno segnalare dovranno essere inseriti in una bibliografia separata.

# Il trasferimento da parte del Brasile della strategia mondiale di lotta alla tubercolosi: relazioni tra livelli di governo

FÁTIMA TERESINHA SCARPARO CUNHA, SULAMIS DAIN

*In 1993 the WHO launched a program against tuberculosis based on DOTS (Directly Observed Treatment Short-Course) strategy. The implementation of the program by Brazilian government has been analyzed, identifying facilitating factors and obstacles. The results focus on relationships between different levels of government inside the Brazilian federal state and the relationship with the primary care system. Conclusions emphasize the role of local government and the need to find degrees of freedom in the implementation of a global strategy.*

## Note sugli autori

Fátima Teresinha Scarparo Cunha è Professoressa Associata, presso l'Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro  
Sulamis Dain è Professoressa Ordinaria dell'Istituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro  
sulamis@uol.com.br

L'adattamento italiano è stato curato da Attilio Gu-  
giatti - CER GAS, Bocconi

## 1. La ricerca

Si calcola che ogni anno vi siano otto milioni di nuovi casi di tubercolosi, con 1,7 milioni di decessi. Da quando l'OMS ha dichiarato la tubercolosi «emergenza sanitaria mondiale» nel 1993 l'impegno per una maggiore diffusione della strategia DOTS (*Directly Observed Treatment Short-Course*), che prevede sei-otto mesi sotto osservazione del personale sanitario con un periodo di ospedalizzazione, è stato incrementato soprattutto nei 22 Paesi con gli indicatori più elevati, che da soli rappresentano l'80% dei casi. L'impegno rinnovato dell'OMS si è tradotto in un nuovo Programma mondiale sulla tubercolosi che ha condensato i risultati della ricerca in «pacchetti di politiche» promossi come strategie DOTS, con lo scopo di facilitare la loro diffusione in diversi Paesi (World Health Organization, 1994).

Il Brasile è al quindicesimo posto insieme ad altri Paesi come Afghanistan, Bangladesh, Cambogia, Cina, Repubblica Democratica del Congo, Etiopia, India, Indonesia, Kenia, Mozambico, Myanmar, Nigeria, Pakistan, Filippine, Federazione Russa, Africa del Sud, Tanzania, Thailandia, Uganda, Vietnam e Zimbabwe.

La strategia DOTS consiste in cinque elementi base (World Health Organization, 2002): a) accordo politico per sostenere le attività per il controllo della Tubercolosi; b) individuazione dei casi attraverso bacilloscopia diretta dell'espettorato in pazienti con sintomatologia respiratoria che si rivolgono ai servizi sanitari; c) regime di trattamento standard da sei ad otto mesi, di cui almeno

## SOMMARIO

1. La ricerca
2. Metodologia
3. Risultati

due sotto osservazione diretta, per tutti i casi di bacilloscopia positiva; d) somministrazione regolare ed ininterrotta dei farmaci antitubercolari; e) sistema di notificazioni e registri standardizzato che consenta di valutare i risultati del trattamento per ciascun paziente e quelli del programma nel suo complesso.

Non sono stati, comunque, ancora trovati i mezzi più appropriati ed efficaci per estendere la strategia DOTS ai livelli locali dei Paesi che l'hanno formalmente adottata. La prevenzione e cura della tubercolosi non viene adeguatamente praticata nei Paesi a maggior incidenza della malattia, per carenze nell'impegno politico e nell'allocazione delle risorse. Pochi Paesi tra quelli a più alto rischio hanno raggiunto gli obiettivi posti a livello internazionale di individuazione del 70% dei casi di tubercolosi con bacilloscopia positiva e cura di almeno l'85% di essi.

Dal punto di vista sociologico, politico e organizzativo molti aspetti del controllo della tubercolosi, scarsamente compresi e indagati, continuano a compromettere le iniziative contro la malattia e l'esito dei programmi. Un aspetto che è stato poco considerato è quello del trasferimento delle politiche tra i diversi livelli istituzionali (Dolowitz, Marsh, 1996), ossia di come comunicano tra loro gli attori dei livelli internazionali, nazionali e subnazionali e in che modo la strategia DOTS sia stata adottata e adattata in ciascun Paese per essere implementata a livello subnazionale.

Il caso del Brasile con la sua struttura federale e il suo processo di decentramento delle responsabilità e delle risorse illustra bene le ragioni per gli esiti variabili o, addirittura i fallimenti, nelle principali esperienze di adozione della strategia definita a livello internazionale.

## 2. Metodologia

Lo studio ha individuato e analizzato, attraverso il caso brasiliano, i fattori che hanno facilitato o impedito il trasferimento della strategia DOTS. La ricerca si è focalizzata sugli anni '90, periodo nel quale la strategia mondiale di lotta alla tubercolosi è stata adottata e nel medesimo tempo si è sviluppato l'impegno dei Comuni brasiliani sulle attività di assistenza primaria attraverso il *Programa de Saúde da Família* (PSF).

Il quadro concettuale e metodologico della ricerca ha definito un insieme di categorie di analisi che cercano di includere gli elementi coinvolti nel trasferimento delle politiche e le metodologie utilizzate per conseguire gli obiettivi. Per trasferimento di una politica si intende «un processo attraverso il quale le conoscenze sulle politiche, le istituzioni e i processi amministrativi formulati in un dato momento e/o luogo sono utilizzati nello sviluppo delle politiche in un altro momento e/o luogo» (Dolowitz, Marsh, 1996, p. 344). Le categorie di analisi fanno riferimento a «stadi e attività» (Rogers, 1995), individuando le attività che avvengono durante sei stadi diversi di trasferimento della politica: 1) la strategia DOTS entra nel contesto politico esistente; 2) conoscenza e apprendimento; 3) persuasione; 4) decisione; 5) implementazione; 6) manutenzione ed espansione.

Lo studio chiarisce le relazioni tra livelli e arene decisionali, colloca il processo di trasferimento nelle relazioni tra livelli istituzionali (internazionale, regionale, nazionale, sub-nazionale) e in arene decisionali che superano le strutture formali definite dalla gerarchia e dalla ripartizione delle funzioni. Le innovazioni e i cambiamenti occorsi nel processo di trasferimento consentono di definire: le percezioni generate dalla politica; le caratteristiche che ne motivano l'accettazione o il rifiuto; le trasformazioni che essa genera e le lezioni che possono essere apprese. Oltre a identificare gli attori chiave del processo e le dinamiche che tra loro si instaurano, lo studio della comunicazione analizza il processo attraverso il quale gli attori creano e condividono le informazioni e le opinioni sul trasferimento della politica, mentre l'analisi del contesto e delle risorse permette, da una parte, di collocare il trasferimento della strategia DOTS nel sistema sanitario brasiliano e, dall'altra, di valutare le risorse di diverso tipo mobilitate nel processo (Dolowitz, Marsh, 1998).

Si tratta di una indagine internazionale, multicentrica con studio di casi in quattro Paesi (Brasile, Messico, Malawi e Zambia) e una analisi comparativa per coppie relativamente omogenee (Brasile-Messico, Malawi-Zambia) approvata nel 2004 (Bissel, 2003). La ricerca ha utilizzato: a) interviste ad attori chiave dei livelli regionali (R), in questo caso dell'organizzazione pan-americana di sanità

(OPAS), federali (N), statali (E), comunali (M) e locali (L); 2) documenti ufficiali del programma di controllo della tubercolosi e 3) lavori scientifici sul sistema sanitario brasiliano.

### 3. Risultati

A partire da una prospettiva globale, il percorso di trasferimento della strategia DOTS dagli organismi internazionali (OMS e OPAS) al Brasile e da questo ai governi sub-nazionali è caratterizzata per momenti e posizionamenti diversi degli attori chiave, marcatamente influenzata dalla riforma sanitaria che ha ridefinito le relazioni tra i diversi livelli di governo nel settore della sanità e dalle nuove modalità di organizzazione dell'assistenza primaria definite dal programma di salute della famiglia.

Considerando il ruolo peculiare dei Comuni nella struttura federale del Brasile, la sola analisi del livello federale si è dimostrata insufficiente per la comprensione del fenomeno considerato. Da questo punto di vista, alcune categorie di analisi, come le strategie di adattamento, innovazione, mutamento della natura politica, mobilitazione sociale, comunicazione della politica da parte di istanze e attori sociali coinvolti hanno trovato piena significatività nei livelli di governo subnazionali.

Sono stati analizzati, ai distinti livelli di governo, i contesti normativi del programma di controllo della tubercolosi negli ultimi trent'anni, con una maggiore attenzione per il periodo più recente, insieme alle modificazioni intervenute nell'organizzazione dei processi di erogazione dei trattamenti in relazione ai cambiamenti che hanno caratterizzato la politica sanitaria brasiliana, con particolare riferimento al PSF. Sono state inoltre identificate le lezioni apprese su tubercolosi, salute e sviluppo, discusse nei diversi luoghi di dibattito a tutti i livelli e utilizzate nella formulazione delle politiche.

Uno dei punti di svolta reiteratamente segnalati come fondamentali per la politica sanitaria nazionale è stata la creazione del sistema sanitario nazionale (SUS).

Il SUS (*Sistema Único de Saúde*) rappresenta una infrastruttura unitaria di accesso ai servizi e, nonostante le difficoltà, carenze e bassa qualificazione dei servizi, è riuscito ad

ampliare in misura notevole l'accessibilità ai servizi. Oggi, con il processo di decentramento a livello comunale, le possibilità di accesso sono ancora aumentate.

Da questo punto di vista, il compromesso politico gestito dal Ministero della salute per assicurare un deciso controllo sulla regolazione e il finanziamento del sistema, insieme alla coerenza e compattezza mostrata dal livello centrale si sono ripercossi con intensità nei governi sub-nazionali e hanno ampliato l'adesione al progetto.

Un altro elemento fondamentale nello sviluppo del modello di assistenza del SUS, adottato e diffuso con esperienze di successo in molti Comuni brasiliani, è la strategia del programma di Salute della famiglia. Essa ha innovato, coerentemente con l'evoluzione della domanda, le logiche di accesso ai servizi di base, innescando una positiva responsabilizzazione nel sistema e superando una concezione della assistenza sanitaria basata esclusivamente sulle prestazioni. La strategia in questione ha generato nuovi, positivi meccanismi di interlocuzione con le aree tecniche del Ministero.

«Prima non avevi nessun interlocutore per l'assistenza primaria. E oggi hai un livello di attenzione simile a quello delle aree prioritarie, come la salute delle donne e dell'infanzia. Nel contesto dell'assistenza primaria non c'era nessuno che ricomponesse i diversi pezzi. (...) la Salute della famiglia, (...) si è visto un processo di crescita, (...) è cominciato con gli operatori di comunità, poi la Salute della famiglia come strategia e oggi (...) abbiamo un dipartimento per l'assistenza primaria. Poi, ha dato visibilità alla questione del livello di base. Prima avevamo solo aree prioritarie che non si parlavano. Oggi abbiamo un livello gestionale che si occupa dell'organizzazione dell'assistenza primaria» (Intervista N).

In termini di relazione tra la globalizzazione e la politica sanitaria nazionale, gli ostacoli al trasferimento della strategia DOTS nella relazioni tra il livello nazionale e gli organismi internazionali sono sintetizzati da un intervistato: «Il fattore che ha ostacolato il trasferimento è stata la resistenza corporativa, tecnica e istituzionale, perchè il Ministero aveva un atteggiamento molto ambiguo rispetto all'adozione della politica» (Intervista N).

Nell'ambito della sanità, la creazione del SUS ha anche reso esplicita la grande eterogeneità politica, sociale ed economica degli Stati e dei Comuni brasiliani rispetto all'assunzione di nuove funzioni nel sistema federale: «Il problema maggiore nell'introduzione sono gli stadi diversi presenti nel SUS. Per me il problema non è tanto il rispetto della norma, la difficoltà nel reclutamento dei professionisti, ma principalmente lo stadio evolutivo del SUS in quel Comune, in quel servizio che spiega il risultato. È il fattore che genera il differenziale che conduce al successo o all'insuccesso» (Intervista N).

Se, da un lato, la strategia del PSF è vista come fattore in grado di indurre mutamenti positivi nel modello assistenziale, dall'altro, il disallineamento tra le azioni rivolte al controllo della tubercolosi e la stessa strategia è ancora un ostacolo. «Purtroppo il PSF non ha fatto ciò che si sperava per combattere la tubercolosi. I due programmi in alcuni Stati sono realtà dicotomiche» (Intervista R).

«I programmi di salute pubblica sono molto strutturati e, in generale, si strutturano verticalmente per la necessità di offrire risposte rapide e standardizzate. Quando cerchiamo di cambiare modello e agire in maniera più decentrata, i programmi producono una grande resistenza. È una resistenza tecnica e politica al cambiamento che agisce all'interno dei programmi. Sono convinto che nel corso degli ultimi dieci anni abbiamo perso alcune opportunità importanti sulla questione del controllo della tubercolosi» (Intervista N).

Il processo di decentramento della politica sanitaria in Brasile si è caratterizzato per il trasferimento a livello comunale della gestione dei sistemi sanitari locali. Questa concezione, per un lato, enfatizzava la vicinanza tra i cittadini, beneficiari del sistema sanitario, e chi gestiva il sistema stesso e ne era responsabile, realizzando così il dettato costituzionale della salute come diritto connesso alla cittadinanza. Per un altro lato, ha condotto ad una atomizzazione dei sistemi locali, incrementando le differenze già presenti e ostacolando la formazione di una rete regionale opportunamente gerarchizzata e la reale fattibilità di un sistema unico di salute.

In questo processo, nel quale il Ministero della sanità ha stabilito contatti diretti con i Comuni, gli Stati stanno perdendo il loro ruolo nel sistema: «C'è una diagnosi condi-

visa tra noi e le *équipe* direttamente impegnate nei programmi circa la fragilità delle strutture statali che negli ultimi anni non sono state capaci di accompagnare il processo di decentramento così come hanno fatto i Comuni. Gli Stati si trovano in una zona di mezzo indefinita, parte della loro attività viene svolta dai Comuni e parte la facciamo noi. Nei nuovi programmi cerchiamo di superare il problema con una nuova strategia, che abbiamo già testato nel caso dell'epidemia di dengue, basata sulle *task force*, allocando il personale in forma differenziata a seconda del maggior o minor carico di lavoro» (Intervista N).

La strategia salute della famiglia ha avuto una diffusione significativa nei Comuni piccoli e medi, mentre nelle grandi città e nelle metropoli è rimasto prevalente il modello cosiddetto convenzionale. In questi casi il PSF diventa una strategia mirata alla espansione dell'assistenza di base a gruppi di popolazione esposti al maggior rischio sociale o a precarie condizioni sanitarie (Caetano, Dain, 2002).

Di fondamentale importanza, nel decentramento delle attività collegate al controllo della tubercolosi, è la ridefinizione del ruolo, finora considerato di ostacolo, degli specialisti e dei centri di riferimento nei processi di regionalizzazione: «(...) se il decentramento deve nel futuro favorire il controllo della malattia, noi temiamo, comunque, la concentrazione del programma nelle mani degli specialisti o dei servizi specializzati» (Intervista N). Lo stesso intervistato segnala un problema di potere giocato sul terreno delle competenze. «Lo specialista afferma che non bisogna decentrare perché il personale che dovrebbe intervenire non ha la sufficiente competenza per farsi carico dei casi. Stiamo investendo pesantemente nello sviluppo delle capacità professionali dell'assistenza di base, a partire dal PSF, che stiamo rimodellando con una formazione di qualità, (...) uno dei pilastri del Piano nazionale è la qualificazione dell'assistenza primaria, ma senza dimenticare che dobbiamo definire in maniera molto chiara i diversi livelli e ruoli, non tanto per i casi più semplici, quanto per quelli che devono essere avviati ai percorsi specialistici» (Intervista N).

Per raggiungere questo obiettivo, secondo alcuni intervistati del livello nazionale «è ne-

cessaria molta volontà politica e tecnica nel processo di decentramento, soprattutto nel caso di programmi fortemente centralizzati» (Intervista N).

Oltre all'accordo politico, al supporto tecnico, alla riorganizzazione a rete dei servizi dei servizi sanitari, una sfida che deve essere superata è quella dello sviluppo delle competenze dei professionisti che operano nell'assistenza primaria.

Così, nonostante i progressi in Brasile nel trasferimento della strategia DOTS dai livelli internazionali e regionali a quelli nazionali, il processo, negli anni '90, non è riuscito ad estendersi ai livelli sub-nazionali tanto che il Ministero della salute nel 2004 lo ha collocato nuovamente nell'agenda della politica sanitaria nazionale, definendo: «la strategia di trattamento controllato come una delle priorità affinché il PNCT (*Programa Nacional de Controle da Tuberculose*) raggiunga l'obiettivo di curare l'85% dei malati, riducendo i tassi di abbandono, evitando l'insorgere di bacilli resistenti e rendendo possibile un effettivo controllo della tubercolosi nel Paese» (Ministério da Saúde, 2004).

Nella definizione dell'agenda della politica sanitaria nazionale, nell'attuale gestione del SUS a livello nazionale si percepisce una dinamica interna di negoziazione e costruzione del consenso sulle priorità: «l'anno passato, quando abbiamo assunto la gestione e formulato la proposta di piano pluriennale, abbiamo dato avvio ad un processo di programmazione. In tale processo, che dovrebbe consentire una definizione condivisa dei grandi obiettivi di governo, un ruolo centrale ha la questione dei bisogni locali e delle disuguaglianze. Lavoriamo con una strategia di sviluppo che pone l'inclusione sociale come obiettivo prioritario (...), in realtà questa strategia pone la grande sfida di come combinare le politiche di sviluppo economico e quelle di inclusione sociale. Questa è la questione principale» (Intervista N).

Nell'analizzare le ragioni che hanno condotto all'accettazione della strategia DOTS da parte del PNCT, si constata come questa posizione sia coerente con altre decisioni assunte dal governo attuale, focalizzate al suo inserimento nello scenario mondiale. Né, d'altra parte, i dibattiti sulle politiche sociali nelle istanze internazionali sono di diversa natura rispetto al dibattito interno (povertà

mondiale e relazioni economiche tra i Paesi sviluppati, emergenti e sottosviluppati). Sul fronte interno, invece, il governo ha l'ansia di differenziarsi dal governo precedente, identificato come neo-liberista, e, in questa prospettiva, le malattie endemiche come la tubercolosi e il morbo di Hansen, che in Brasile non sono considerate emergenti dagli specialisti, sebbene non siano ancora sparite dallo scenario nazionale, sono state definite come aree di priorità.

Quando affermiamo che, al contrario del paradigma globale di trattamento, l'adattamento di quest'ultimo non ha rappresentato un elemento di analisi rilevante a livello nazionale, diviene rilevante Rogers (1995) che tratta l'adozione e l'adattamento di una politica in un nuovo contesto come re-invenzione, cioè «grado di modificazione di una innovazione nel processo di adozione e implementazione» e Freeman (1999): «come non esiste adozione senza adattamento così non si ha traduzione bensì trasformazione».

Considerando la strategia globale, realizziamo come il Brasile abbia avvertito solo la necessità di tradurre la strategia DOTS e non quella di adattarla alla sua specifica realtà. La questione si riflette nelle innumerevoli interpretazioni di ciò che sia la strategia DOTS. Molti intervistati hanno enfatizzato questo aspetto: «Dobbiamo approfondire in un unico documento l'interpretazione sul DOTS per avere un minimo di standardizzazione e interpretazione condivisa» (Intervista N).

Una volta che i Comuni sono autonomi nel definire le strategie è necessario che essi sappiano cosa stanno facendo di diverso rispetto agli altri e quali siano le motivazioni. Nel frattempo in Brasile le differenze tra Comuni si sviluppano anche per la mancanza di una visione comune: «Anche il linguaggio non è stato minimamente standardizzato nel caso DOTS» (Intervista N).

Si nota, quindi, come vi siano ancora grandi sfide da affrontare a livello nazionale nell'introduzione di una politica globale, considerando che una parte significativa di Stati e Comuni continuano a dipendere significativamente dal Ministero della sanità, mentre le metropoli e gli Stati più sviluppati richiedono innovazioni per poter affrontare problemi che oltrepassano i limiti amministrativi e politici dei propri territori.

Nei processi di globalizzazione o internazionalizzazione, l'autonomia e l'autorità dello Stato sono messe in discussione o, addirittura, superate da strutture, processi o politiche che si sviluppano al di là delle frontiere nazionali. I processi di convergenza implicano una crescente similarità nell'organizzazione economica, sociale e politica dei Paesi e anche nell'adozione delle innovazioni politiche.

I risultati dell'indagine indicano la necessità di riflettere su una serie di aree tematiche quali: le relazioni tra livelli di governo nei processi di decentramento, il ruolo degli specialisti nel PCT, i meccanismi di comunicazione tra attori coinvolti in politiche orizzontali, la crisi delle strutture istituzionali gerarchiche e le difficoltà generate nei contesti regionali e locali.

Inoltre, la tubercolosi può essere un indicatore sociale di povertà; alla figura del pa-

ziente si associa dunque quella della persona eleggibile per i programmi di inclusione sociale, aprendo così uno spazio di autonomia per la formulazione di politiche autonome nel contesto della globalizzazione dei programmi. Le conclusioni possono aiutare a implementare la politica nei Paesi con strutture decentrate nell'area della politica sanitaria. Bisogna aprire spazi per le specificità locali in relazione, non solo alla natura ed estensione delle disuguaglianze, ma anche alla diversa autonomia dei poteri locali che costituiscono una parte fondamentale delle relazioni tra livelli e delle catene di trasmissione delle politiche globali.

Senza di ciò i paradigmi internazionali pietrificano le politiche nazionali e sub-nazionali in formulazioni standard obsolete e, comunque, inadeguate ai contesti locali, impedendo la concreta diffusione delle conoscenze disponibili a livello mondiale.

## B I B L I O G R A F I A

- BISSELL K. (2003), *Research Protocol for Policy Transfer of the DOTS Strategy: A Global-National-Subnational Analysis in Four Countries*, Malawi-Zambia, Brazil-Mexico, United Kingdom: Department for International Development (DFID), France: International Union Against Tuberculosis and Lung Disease (UNION).
- CAETANO R., DAIN S. (2002), «O Programa de Saúde da Família e a Reestruturação da Atenção Básica à Saúde nos Grandes Centros Urbanos: velhos problemas, novos desafios», *Physis: revista de saúde coletiva*, Rio de Janeiro, vol. 12, 1, pp. 11-21.
- DOLOWITZ D., MARSH D. (1996), «Who Learns What from Whom: a Review of the Policy Transfer Literature», *Political Studies*, 44, pp. 343-357.
- DOLOWITZ D., MARSH D. (1998), «Policy Transfer: A Framework for Comparative Analysis», in M. MINOGUE, C. POLIDGNO, D. HULME (Eds.), *Beyond the New Public Management*, Edward Elgar, Cheltenham.
- FREEMAN R. (1999), «Policy transfer in the health sector, a working paper», Robert Schuman Centre for Advanced Studies, European University Institute, Florence.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE (2004), *Programa Nacional de Controle da Tuberculose*, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica, Coordenação Geral de Doenças Endêmicas, Área Técnica de Pneumologia Sanitária.
- ROGERS E. (1995), *Diffusion of Innovations*, 4th Edition, The Free Press, New York.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (1994), *Framework for Effective Tuberculosis Control*, WHO/TB/94.179, WHO, Geneve.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (2002), *An Expanded DOTS Framework for Effective Tuberculosis Control*, WHO/CDS/TB/2002.297, WHO, Geneve.

# Politiche pubbliche di promozione della salute mentale tra condizioni locali e proposte delle agenzie internazionali: il caso di Medellín

ALBA EMILCE GAVIRIA MÉNDEZ

*The article presents a program aimed to foster mental health promotion in the Moravia district of Medellín city, characterized by major economic, environmental, housing, and psycho-social problems. The program is based on the concept and tools of human sustainable development, and on the empowerment of people and social actors, which are active parts in controlling health determinants. It is supported by the national government and is coherent with UN and WHO principles and recommendations for mental health programs.*

## 1. Introduzione

L'articolo descrive una politica pubblica di promozione della salute mentale sviluppata nel quartiere di Moravia, nell'area urbana di Medellín (principale città della Colombia dopo la capitale Bogotá). Il quartiere è ubicato nella zona della città storicamente usata come discarica per i rifiuti e rappresenta l'insediamento abitativo abusivo più importante di tutto il dipartimento di Antioquia (Hernández, Montoya, s.i.d.). La scelta di tale contesto urbano permette di specificare l'approccio e gli strumenti proposti dal dibattito e dalle politiche internazionali con riferimento a un luogo e una popolazione specifici. Ciò necessita di una contestualizzazione che sia capace di tener conto della quotidianità di un quartiere che, così come gli altri, rappresenta «una banca dati, una memoria e un significato urbano che è necessario mantenere»<sup>1</sup>.

Gli approcci «di popolazione» sono da tempo al centro del dibattito internazionale (PAHO, 2000: pag. 13) e, per esempio, alla base delle politiche sanitarie canadesi<sup>2</sup>, differenziandosi dal concetto tradizionale «di attenzione medica» focalizzato soprattutto sugli individui. L'approccio «di popolazione» si basa su due aspetti principali: considerare le popolazioni quale soggetto principale delle responsabilità dei sistemi sanitari e delle loro prestazioni; tener conto di un ampio spettro di determinanti di salute. Tra le determinanti di salute sono compresi l'istruzione, l'ambiente (qualità dell'aria, dell'acqua e del terreno), le possibilità d'impiego e le condizioni di lavoro, i comportamenti individuali, l'esistenza di reti di appoggio sociale. Tutto

## SOMMARIO

1. Introduzione
2. Alcune definizioni
3. Le politiche pubbliche di promozione della salute mentale nel quartiere Moravia
4. Le politiche d'intervento nel quartiere e la relazione con le politiche municipali, dipartimentali, nazionali e internazionali
5. Conclusioni

### Note sull'autore

Alba Emilce Gaviria Méndez – Facultad Nacional de Salud Pública «Héctor Abad Gómez», Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia  
alba@guajiros.udea.edu.co

L'adattamento italiano è stato curato da Carlo De Pietro - CERGAS, Bocconi

ciò si collega con le capacità dei singoli di aver coscienza e controllare tali fattori.

## 2. Alcune definizioni

### 2.1. Le politiche pubbliche di salute

Per politiche pubbliche di salute intendiamo quelle che si riferiscono alla salute direttamente o indirettamente. Hancock (1982) utilizza l'espressione «politica pubblica di salute» con l'intenzione di partire dalle determinanti di salute e di non considerare solo i sistemi di prestazioni mediche. Nelle raccomandazioni fatte ad Adelaide nel 1988 in occasione della Conferenza Internazionale sulla Promozione della Salute<sup>3</sup>, si sottolineava come tali politiche «si caratterizzano per una preoccupazione esplicita per la salute, l'equità e per una responsabilità circa il loro impatto, la cui finalità principale consiste nel creare un contesto di appoggio che renda possibile o faciliti le persone nel mettere in atto comportamenti salutari e renda l'ambiente sociale e fisico promotore di salute».

### 2.2. Le politiche pubbliche di salute mentale

Con riguardo alla salute mentale, una politica di salute perseguirà l'obiettivo di «rafforzare le capacità delle persone e dei gruppi sociali di interagire tra loro e con l'ambiente esterno, in modo da promuovere il benessere individuale, lo sviluppo e il pieno utilizzo delle potenzialità psicologiche, cognitive, affettive e relazionali. Allo stesso modo promuoverà il conseguimento di traguardi individuali e collettivi, coerentemente con gli obiettivi di giustizia e bene comune» (Ministerio de Salud, 1998). Per la loro formulazione concreta, tali politiche devono essere promosse a partire dalle condizioni concrete che le generano e dall'analisi dei problemi che possono incontrare o produrre (Campaña, 2003).

### 2.3. Le politiche pubbliche di promozione della salute mentale

Le politiche pubbliche di promozione della salute mentale hanno come obiettivo esplicito quello di migliorare la salute sia degli individui che delle popolazioni, a partire

dalla prospettiva del benessere bio-psico-sociale dell'OMS. Si tratta, quindi, di un processo capace di avviare lo sviluppo di qualità specificamente umane, che tenga conto dell'evoluzione biologica e della storia sociale (Campaña, 1995) e che includa attività sociali differenziate, quali il mutuo-soccorso o aiuto reciproco, la pianificazione urbana e le politiche di sviluppo sociale solidali (Ministry of Healthcare and Welfare, 1998), contribuendo all'*empowerment* dei singoli e delle popolazioni per un miglior controllo delle determinanti sociali.

## 3. Le politiche pubbliche di promozione della salute mentale nel quartiere Moravia

Nel dibattito internazionale più recente è chiara la predilezione per analisi che contestualizzino i problemi di salute mentale delle popolazioni in ambienti locali circoscritti, capaci di spiegare le cause dei problemi e, quindi, anche di offrire indicazioni per cercare soluzioni specifiche.

### 3.1. Caratteristiche e storia del quartiere

Il quartiere di Moravia è ubicato a nord-est della conurbazione di Medellín, nel Comune 4, nel sito tradizionalmente usato come discarica della città. Il quartiere ospita 40 mila persone, che risiedono in 8.300 abitazioni. La coabitazione tra più famiglie è frequente. Le abitazioni sono per lo più costruite con materiale di risulta e hanno dimensioni medie di 50 metri quadrati. La popolazione attiva è pari al 50% dei residenti e lavora nel settore informale per il 75% dei casi, mentre per il 25% è impiegata nel settore formale dell'economia. A Moravia sono attive circa cinquanta organizzazioni comunitarie<sup>4</sup>.

L'origine dell'insediamento risale agli anni sessanta quando si produssero diverse ondate migratorie di contadini verso la città, anche a causa della violenza politica che ha caratterizzato la storia del Paese negli anni cinquanta e sessanta. La presenza della discarica e la vicinanza al fiume Medellín e alla stazione ferroviaria di El Bosque permisero a tante persone di installarsi qui, vivendo del riciclaggio del materiale presente in discarica<sup>5</sup>. L'arrivo di molte famiglie continuò nel

tempo anche a seguito, da un lato, dei problemi sorti attorno al tema della riforma agraria e, dall'altro, della progressiva industrializzazione in ambiente urbano e dello sviluppo del terziario avanzato nella città.

Negli anni settanta la vita sociale e politica della città ha vissuto un nuovo periodo di crisi legato all'apparizione del narcotraffico e al conseguente aumento degli indicatori di violenza urbana, al nascere dei gruppi privati di autodifesa e agli squadroni della morte che instaurarono forme varie di «giustizia» privata.

Infine, alla fine degli anni ottanta, Moravia si convertì in rifugio per i senza casa. A fronte di questo nuovo fenomeno, l'amministrazione municipale non seppe dare risposte adeguate, né gestire fenomeni di crescente squilibrio. Da qui la crescente rivendicazione di politiche abitative capaci di risolvere il problema casa, che hanno portato all'avvio di programmi di urbanizzazione e di edilizia popolare<sup>6</sup>.

### 3.2. Le politiche di miglioramento del quartiere

Nel 1983 l'amministrazione municipale iniziò un processo d'intervento a Moravia che divenne il primo tentativo di pianificazione partecipata in tutta la città, con l'attribuzione delle terre, il miglioramento delle strutture residenziali, l'apertura di strade e l'installazione di servizi pubblici. L'intervento fu poi realizzato nel quadro definito dal «Programma integrale di miglioramento dei quartieri svantaggiati di Medellín (Primed)»<sup>7</sup> lanciato nel 1991 e basato sulle seguenti principali strategie:

- un processo di *sensibilizzazione sociale della comunità*, attraverso la creazione di reti comunitarie, la tenuta di dibattiti pubblici, la pianificazione sociale e la formazione di comitati responsabili di perseguire gli obiettivi stabiliti. In tale processo furono firmati numerosi accordi su tematiche varie;
- il recupero di zone ad alto rischio ambientale e la *regolarizzazione delle proprietà fondiarie e immobiliari*. Inoltre, furono migliorati i servizi pubblici relativi a istruzione e sanità e le infrastrutture quali strade ma anche spazi pubblici ricreativi;

- il ristabilimento di un senso di maggiore *fiducia nei confronti dello Stato* e delle autorità, grazie agli interventi sopra ricordati e al processo di ampio coinvolgimento adottato;

- la migliore *gestione del suolo*, il miglioramento delle *tecniche di costruzione* e, in generale, una sensibilizzazione nei confronti dell'ambiente pubblico e naturale, il che portò per esempio a indici migliori per la raccolta e lo smaltimento dei rifiuti solidi urbani.

Nel 2004 il quartiere, pur più integrato nella città, è stato oggetto di rinnovata attenzione all'interno della pianificazione strategica della città, col «Piano di sviluppo del Municipio di Medellín 2004-2007». Questo, a sua volta, riprende le raccomandazioni fatte nel 1990 dal «Piano di riordino territoriale», che aveva definito Moravia come area d'intervento speciale. Tale programma ha dato luogo al programma Primed II, che a Moravia ha dedicato il «Macroprogetto di miglioramento integrale di Moravia» il quale, grazie a un processo partecipativo di pianificazione, persegue i seguenti obiettivi:

- attualizzazione partecipata delle «diagnosi socio-urbana»;
- sviluppo concertato del macroprogetto: identificazione dei temi strategici d'interesse generale; analisi delle possibili soluzioni, formulazione dei programmi e dei progetti di intervento; focalizzazione e definizione delle priorità per gli investimenti;
- determinazione dei criteri di legalizzazione e regolarizzazione delle proprietà fondiarie e immobiliari;
- integrazione delle *leadership* comunitarie;
- sviluppo e realizzazione di un'adeguata strategia di comunicazione del processo che socializzerà le conoscenze e i progetti relativi al quartiere e alla città;
- analisi di altre esperienze per arricchire le proposte e prevenire eventuali problemi;
- miglioramento della convivenza familiare, vicinale e della salute sessuale e riproduttiva attraverso l'*empowerment* e l'accompagnamento socioculturale;
- consolidamento e miglioramento dell'ambiente urbano per ridurre i rischi fisici

grazie al miglioramento delle zone dedicate allo sport, riordino delle attività che si svolgono nello spazio pubblico, recupero di alcune aree di spazio pubblico occupate, all'integrazione e al miglioramento degli assi commerciali esistenti, al disegno e alla costruzione di una rete di sentieri nello spazio pubblico del quartiere;

– compimento dell'accordo municipale n. 12 del 1985, relativo al riconoscimento di un'indennità di malattia di valore pari al salario minimo vigente.

Tale Macroprogetto ha dato luogo poi a sette progetti specifici che condividono un approccio di concertazione e partecipazione comunitaria per la presa di decisioni, rispettando la struttura sociale e urbanistica del quartiere. Le linee di progetto riguardano: la gestione del programma e la legalizzazione; la costruzione e l'acquisizione di abitazioni; il recupero e la qualificazione degli spazi pubblici; la legalizzazione integrale delle proprietà fondiari e immobiliari; la comunicazione per lo sviluppo socioculturale; il rafforzamento del tessuto produttivo; il miglioramento della salute sessuale e riproduttiva.

Quindi si è cominciato a lavorare su tre componenti; urbanistico-ambientale, socioculturale ed economico-finanziario, con l'obiettivo di affrontare i seguenti problemi:

– *abitativi*: condizioni di sovraffollamento, con la maggioranza delle persone che risiede in zone ad alto rischio ambientale, non recuperabili e, in gran parte, in situazione d'illegalità relativamente alle proprietà fondiari e immobiliari;

– *psico-sociali*: problemi diffusi legati alla difficoltà di costruire relazioni sessuali sane e alla costituzione delle famiglie. Tali problemi al contempo derivano e spiegano almeno in parte la frequenza di madri assai giovani, un alto numero di madri sole, la violenza familiare, la prostituzione infantile, la debolezza dei valori tradizionali e del controllo sociale;

– *fisico-ambientali*: difficoltà di appropriarsi – o riappropriarsi – e di riqualificare spazi pubblici adeguati, anche come punti d'incontro e di costruzione comunitaria.

#### **4. Le politiche d'intervento nel quartiere e la relazione con le politiche municipali, dipartimentali, nazionali e internazionali**

##### 4.1. Le politiche municipali e dipartimentali

Il «Macroprogetto di miglioramento integrale di Moravia» è incluso

– nel «Piano di sviluppo partecipato» della città di Medellín 2004-2007, all'interno della sua linea 3 «Medellín uno spazio per l'incontro cittadino»;

– nel «Piano di sviluppo: scommesse per il futuro» del dipartimento Antioquia e relativo al periodo 2004-2007<sup>8</sup>, all'interno delle linee 2 e 4 che parlano di «promuovere il cambiamento per lo sviluppo umano integrale equo e sostenibile e la ricostruzione del tessuto sociale».

Il programma si definisce come «un macroprogetto che vuole contribuire al miglioramento della qualità della vita della popolazione, promuovendo lo sviluppo umano integrale e sostenibile per mezzo di azioni di riordino urbano e miglioramento delle condizioni ambientali, socioculturali ed economiche»<sup>9</sup>.

Il programma, al pari del Piano di sviluppo della città di Medellín, è stato definito attraverso un processo partecipativo che aveva l'obiettivo di unificare le proposte del Governo con quelle della cittadinanza ed è supportato dalle raccomandazioni di un gruppo di esperti delle organizzazioni sociali e accademiche della città. Esso si è concentrato sul concetto di sviluppo umano, considerando le persone come «la vera ricchezza della città, pertanto saranno loro che, facendo uso dei propri diritti e doveri e con tutte le loro capacità fisiche e intellettuali al servizio del bene comune, conquisteranno la città, parteciperanno alle decisioni che hanno un impatto sulle proprie vite, proteggendo le opportunità delle generazioni attuali e di quelle future e rispettando l'ambiente naturale»<sup>10</sup>. In sintesi si può dire che si assume il concetto di sviluppo umano come tensore delle politiche rispetto a tre principali direzioni:

- la *competitività* nella sfera economica;
- la *sostenibilità* nella sfera ambientale;

– la *inclusione* nella sfera sociale.

In tale visione si iscrive il Piano di sviluppo del Municipio di Medellín.

La «diagnosi partecipata» ha messo in luce un deterioramento della qualità della vita generato dalla violenza prodotta dai conflitti armati, il suo aumento in ambito familiare e quotidiano, nonché fenomeni di giustizia privata. Più in generale, si rileva un grave deterioramento delle condizioni di convivenza e la complessiva inefficacia mostrata dai programmi che sono stati avviati senza un'adeguata partecipazione e concertazione con la società civile, il che rende difficile definire politiche e gestire azioni che prevengano o prendano in carico le diverse forme di violenza presenti.

A tutto ciò si possono aggiungere altri problemi della città come il cambiamento del tessuto produttivo, la disoccupazione, che ha raggiunto tassi di circa il 15% negli ultimi anni, e la sempre minore credibilità e legittimazione del governo generata, in primo luogo, da episodi e prassi clientelari e di corruzione.

A tale situazione si è cercato di rispondere con cinque linee d'intervento nella città: «Medellín governabile e partecipata», «Medellín sociale e inclusiva», «Medellín spazio per l'incontro cittadino», «Medellín produttiva, competitiva e solidale», «Medellín integrata con la regione e il mondo». Tali linee di intervento avevano l'obiettivo di sviluppare un modello di gestione della città che integrasse i cittadini attraverso il consenso e il principio della corresponsabilità, sia nei piani di sviluppo, sia nei suoi programmi e progetti a livello di amministrazione municipale e a livello dipartimentale, col «Piano strategico per Antioquia (Planea)», al fine di integrare la città alla regione e al Paese.

Le cinque linee d'intervento e i progetti specifici collegati, uno dei quali relativo al quartiere di Moravia, utilizzano diversi indicatori internazionali, tra i quali l'indice di sviluppo umano, che considera la speranza di vita alla nascita, il livello di istruzione e il reddito pro-capite. Un altro indicatore utilizzato è l'indice di qualità della vita, il quale considera variabili relative alle caratteristiche delle abitazioni, all'accesso ai servizi pubblici di base, alla composizione familiare e al livello d'istruzione<sup>11</sup>.

Tali indicatori rivelano una società che non riesce a includere e connotata da molta ineguaglianza. Nel rapporto 2004 sullo sviluppo umano l'UNDP cita Medellín come una delle città con più alto grado di ineguaglianza in America Latina. Si tratta dunque di una situazione che deve essere corretta grazie a una maggiore inclusione e integrazione sociale, che sia capace di creare e assicurare i diritti, per convertirli in capacità, generando processi di sviluppo sociale dotati di autonomia, indipendenza, funzionalità democratica.

I problemi di equità che si rilevano nella città non sono dissimili da quelli evidenziati dal piano di sviluppo del dipartimento di Antioquia, e cioè la disuguaglianza e il basso livello di sviluppo umano integrale della popolazione. Tale documento dà priorità a problemi quali la povertà, la ineguaglianza, la disoccupazione, la situazione abitativa e le carenze nella salute e nell'istruzione. Come risposta a tale situazione esso propone cinque linee di azione: l'integrazione territoriale del dipartimento; la promozione del cambiamento a favore di uno sviluppo umano equo e sostenibile; la rivitalizzazione dell'economia del dipartimento; la costruzione di un tessuto sociale più coeso; la costruzione di condizioni per una pace inclusiva.

In tale contesto, le politiche pubbliche di promozione della salute mentale devono, se vogliono avere efficacia, privilegiare il bene comune e rafforzare l'opinione pubblica, far maturare un tessuto sociale con relazioni di cooperazione forti e differenziate, promuovere l'apporto delle diverse etnie, promuovere la convivenza armonica con un'adeguata cultura di risoluzione dei conflitti e bassi tassi di aggressione tra cittadini, nonché sviluppare una politica chiara di analisi sanitaria per identificare le risposte necessarie e identificare le priorità del settore.

Tali impostazioni in campo sanitario sono coerenti con l'approccio e i programmi della Direzione settoriale di salute di Antioquia (DSSA) per la salute mentale nel dipartimento: «Per quel che riguarda la salute mentale nel corso del 2003, i municipi porranno le basi delle strategie di promozione e prevenzione in salute mentale secondo la concezione dello sviluppo umano integrato e metteranno a fuoco le proprie attività in accordo con le priorità stabilite a livello locale e comunita-

rio» (Universidad de Antioquia, Dirección Seccional de Salud, 2003).

In tale quadro di pianificazione, il progetto acquista una dimensione etico-politica. Etica, perché mira a una trasformazione culturale circa valori quali la vita, la giustizia, la solidarietà e la libertà. Politica, perché crea condizioni di governabilità più trasparenti e, almeno nelle intenzioni, efficiente, grazie a una società più partecipativa e corresponsabile che lavori alla costruzione del sistema pubblico e degli interessi comuni<sup>12</sup>. Tale progetto è centrato sull'essere umano ed è basato sui principi di equità, sostenibilità e produttività. Esso mira a equilibrare le dimensioni economica, sociale e ambientale, riconducendo le istanze economiche al servizio della popolazione. Si tratta dunque di una visione collettiva, che non persegue soltanto il miglioramento economico, bensì fondamentalmente lo sviluppo umano in tutte le sue dimensioni: soddisfazione dei bisogni legati alla protezione, all'affetto, alla comprensione, alla partecipazione, all'ozio, alla identità e alla libertà. Sapendo che per garantire la salute sono necessarie condizioni di vita salubri e accesso ai servizi sanitari.

#### 4.2. Le politiche nazionali e internazionali

In ambito nazionale, l'intervento di Moravia rientra nella cornice fornita dal piano nazionale di sviluppo «Verso uno Stato comunitario, 2002-2006»<sup>13</sup> che, alle linee 2 e 3, prevede gli obiettivi, rispettivamente, di accelerare lo sviluppo economico sostenibile e di generare occupazione e costruire l'equità sociale. Il tutto nell'ambito della politica territoriale del Paese, che mira a riflettere le identità e i sentimenti storici, culturali, geografici ed economici di ciascun comune e dei suoi quartieri, in modo da facilitare la costruzione di un'identità collettiva su un piano di eguaglianza, convivenza e integrazione sociale.

Le difficoltà sul territorio nazionale sono simili a quelle identificate nel quartiere di Moravia: violenza e narcotraffico, disoccupazione, aumento della povertà fino a raggiungere condizioni di miseria, corruzione e inefficacia politica e amministrativa. Le quattro linee di intervento identificate per risolvere tale situazione sono: la sicurezza democratica, la crescita economica e dell'occupazione, la costruzione dell'equità sociale,

l'aumento di trasparenza ed efficienza dello Stato.

Tali linee sono in accordo col Rapporto mondiale dello sviluppo umano 2004, il quale ha mostrato che il Paese non è riuscito ad arrestare la «crisi sociale» e anzi dal 2003 ha perso nove posizioni nel mondo secondo l'Indicatore di sviluppo umano (dal 64esimo posto del 2003 al 73esimo del 2004; cfr. [www.undp.org](http://www.undp.org)). Tale risultato è frutto di un peggioramento nell'indicatore relativo alla scolarità e di una caduta nel reddito reale *pro capite*, il che ha contribuito a rendere la Colombia uno dei Paesi con maggiori disuguaglianze nel mondo.

Tale situazione ha rilevanza per le politiche di salute mentale colombiane, adottate nel Paese fin dal 1998 (Ministerio de Salud, 1998) e che partono dal rilevare come «si assiste a un deterioramento delle strutture sociali a causa della delegittimazione istituzionale, della mancanza di fiducia nelle autorità, della disuguaglianza distributiva, dell'assenza di una struttura di servizi adeguato alla domanda, dei fenomeni di violenza, del lento peggioramento dell'ambiente in relazione coi processi di deforestazione e contaminazione dell'aria, dell'acqua e del suolo». Tutto ciò è aggravato dalla povertà, dall'invecchiamento della popolazione, dai processi di disintegrazione familiari. È noto che la violenza costituisce il primo problema di salute pubblica del Paese ma mancano meccanismi adeguati per affrontarla, a livello nazionale tanto quanto nel dipartimento di Antioquia e a Medellín.

Rispetto alla salute mentale il governo attuale propone il rafforzamento della gestione integrale della salute mentale di tutta la popolazione colombiana con enfasi sui gruppi più vulnerabili, nel solco del «Sistema generale di sicurezza sociale per la salute (Sgss)». Tale politica ha l'obiettivo di offrire trattamenti attenti alla dignità delle persone che garantiscano il rispetto dei diritti umani dei colombiani, partendo dal riconoscimento delle peculiarità storiche e culturali della Colombia e dei suoi gruppi etnici e sociali.

L'intervento nel quartiere di Moravia, al pari del Piano di sviluppo della Colombia e delle sue politiche di promozione della salute mentale, sono coerenti con quanto pianificato e proposto nel progetto Atlas dell'OMS e col suo rapporto 2001 dedicato alla salute men-

tale (OMS, 2001a), lì dove si afferma che la formulazione di una politica in tale area deve partire dalle necessità del contesto sociale e culturale e da uno scenario d'intervento specifico, per perseguire un ambiente psico-sociale sano. Ciò richiede anche la partecipazione di altri settori che contribuiscano alla risoluzione dei problemi, tra i quali le politiche per l'impiego, le politiche economiche, le politiche d'istruzione e abitative, i servizi di assistenza sociale e il sistema di giustizia penale.

In modo simile, l'ONU parte dall'idea che lo sviluppo e il benessere dell'uomo non dipendano esclusivamente dal livello del reddito, bensì comprendano anche l'accesso alla conoscenza, la salute, la libertà politica, economica, sociale e culturale, come condizioni per una vita produttiva e rispettosa di se stessi, che garantisca il rispetto dei diritti umani e riconosca le persone come vera ricchezza della società. Per tali motivi, a partire dal 1990, il sistema delle Nazioni Unite ha adottato un sistema di misura del benessere basato sull'indice di sviluppo umano (HDI), con un valore compreso tra 0 e 1: riferimento adottato anche per gli «Obiettivi del millennio» proposti dal rapporto annuale UNDP sullo sviluppo umano 2003 (UNDP, 2003). Tale rapporto chiede ai Paesi di lottare contro la insufficienza dei redditi, le carestie e la fame, le disuguaglianze di genere, il deterioramento ambientale, la mancanza d'istruzione, di servizi medici e di acqua potabile.

Dentro tale concetto di sviluppo umano è fondamentale quello di equità, per come ribadito dalla quinta conferenza mondiale sulla promozione della salute svoltasi nel giugno 2000 in Messico e che ha dato luogo alla cosiddetta Dichiarazione del Messico sulla «Promozione della salute: verso una maggiore equità»<sup>14</sup>. In tale dichiarazione gli Stati membri della *Pan American Health Organization* si impegnarono a rafforzare la pianificazione delle attività di promozione della salute, dandogli maggiore spazio nelle agende politiche e nei programmi locali, regionali, nazionali e internazionali<sup>15</sup>.

Infine, e seguendo gli orientamenti e le raccomandazioni dell'OMS, gli interventi di promozione della salute mentale a livello regionale devono gestire le seguenti sfide: rilevare e disseminare le informazioni, implementare politiche e sviluppare servizi,

affrontare i problemi di equità e sviluppare le competenze di analisi in tale area.

## 5. Conclusioni

Guardando all'intervento nel quartiere di Moravia si notano alcuni elementi che permettono di catalogarla come politica pubblica di promozione della salute mentale. Essi sono qui di seguito sintetizzati.

L'intervento stabilisce priorità in relazione ai problemi su cui intervenire facendo attenzione che altri settori siano coinvolti e che si tenga conto dei fattori politici, sociali, economici e di gestione (Gómez *et al.*, 2004).

Il progetto mira ad aumentare la partecipazione della popolazione in tutto il processo. Tanto la fase di diagnosi dei problemi, tanto quelle successive di pianificazione ed esecuzione delle politiche attraverso assemblee di quartiere e comitati di appoggio al macro-progetto, permettono di controllare le determinanti di salute nel quartiere quali le condizioni abitative, le condizioni di impiego e del lavoro, l'istruzione e alcune condizioni psico-sociali critiche quali la salute sessuale e riproduttiva, la strutturazioni di reti sociali, culturali e produttive.

Si realizza un lavoro di promozione e di accompagnamento sociale ai gruppi familiari arrivati da poco o oggetto di ricollocazioni abitative, che permette loro di ricreare un progetto di vita nel proprio nuovo ambiente e verificare il ristabilirsi di condizioni adeguate, misurando l'impatto del progetto sulla qualità della vita delle nuove famiglie<sup>16</sup>.

Il progetto prevede un punto di osservazione a «doppia via», da parte del municipio e della cittadinanza, che ha l'obiettivo di assicurare che gli impegni presi siano poi concretamente portati avanti.

Per quel che riguarda la sostenibilità, il Consiglio di Medellín si è impegnato perché il progetto abbia un seguito anche una volta terminate le risorse inizialmente stanziato<sup>17</sup>.

La valutazione periodica si basa su rapporti redatti dagli organismi di controllo sia a preventivo sia a consuntivo, su informazione statistica, su indicatori usati per l'indice di sviluppo umano e su un sistema di monitoraggio – anche sociale – della gestione<sup>18</sup>.

Tale politica è sostenuta da piani strategici a livello governativo e ha generato meccanismi legislativi, amministrativi ed economici

per la sua sostenibilità (Peiro, 1999). In ambito municipale e dipartimentale ci sono responsabilità condivise tra i diversi attori istituzionali per realizzare i piani settoriali che al livello nazionale rientrano nel «Piano di riordino territoriale».

Il progetto segue le raccomandazioni per le politiche di promozione della salute mentale promosse dalle istituzioni internazionali (OMS, PAHO e UN) e si appoggia su informazioni recenti e affidabili circa il quartiere e gli indicatori di salute mentale, rendendo possibile una sua modifica o aggiornamento (OMS, 2001b).

Esso è inquadrato nelle politiche internazionali e dentro obiettivi di qualità della vita e di salute pubblica che orientano l'utilizzo delle risorse sanitarie secondo una visione olistica dei problemi di salute mentale e propongono azioni coerenti con le specifiche situazioni locali.

Tale intervento, in accordo con gli Obiettivi del millennio, sottolinea come la maggiore sfida attuale riguardi le condizioni di equità da perseguirsi in tutti i settori e che, per poter raggiungere tale obiettivo, la promozione della salute costituisca un elemento chiave. Per tale motivo si rendono necessarie, tra gli altri interventi, politiche pubbliche di salute mentale che migliorino le condizioni di vita e promuovano l'inclusione. Nel quartiere di Moravia, per esempio, ciò richiede azioni nel campo dell'istruzione, capaci di dare risposte differenziate rispetto ai bisogni e di prevenire o gestire l'abbandono scolastico. Oltre all'istruzione in senso stretto, le condizioni del quartiere richiedono iniziative di formazione per rafforzare le professionalità degli individui e di alcuni gruppi sociali deboli. Allo stesso modo, relativamente all'ambiente sono necessarie azioni di sensibilizzazione e formazione per la gestione dei rifiuti solidi urbani, per evitare la contaminazione dell'acqua, ecc.

L'esperienza in tale quartiere e i piani di sviluppo a livello municipale, dipartimentale e nazionale mettono in evidenza la necessità di adottare il concetto di sviluppo umano integrale e sostenibile, così come affermato anche dalle dichiarazioni delle Nazioni unite, sostenuto da politiche d'integrazione che includano tanto la dimensione scientifica quanto quella etica. In tal senso, il perseguimento acritico di una

crescita economica non sembra in grado di offrire risposte adeguate alle istanze di dare dignità alle persone e potrebbe continuare a generare problemi di salute mentale, per di più stimolando una visione riduzionista dei possibili rimedi, concentrati sugli aspetti sanitari e di malattia.

## Note

1. *Entre luces y sombras. Medellín: espacio y políticas urbanas*, [www.region.org.co/elementos/pdf/LIBRO-EntreLucesySombras.pdf](http://www.region.org.co/elementos/pdf/LIBRO-EntreLucesySombras.pdf) (visitato il 27 maggio 2006).
2. La «responsabilità di popolazione» ha costituito il tema principale della XVI conferenza annuale dell'ALASS, tenutasi a Montréal nell'ottobre 2005.
3. Cfr. <http://www.uhu.es/95102/bibliografia.htm> (visitato il 25 maggio 2006).
4. Cfr. L'Acta 098 emanato nel luglio 2001 dal Concejo de Medellín, <http://64.233.161.104/search?q=cache:a4GX87kMQdAJ:www.concejodeMedellin.gov.co/sicom/actas/act-2001/ACTA098.DOC+mesa+de+trabajo+de+moravia&hl=es&gl=co&ct=clnk&cd=12> (visitato il 30 giugno 2006).
5. Per la storia dell'insediamento, cfr. il Boletín n. 12 del 2006 della Alcaldía de Medellín «Proyecto de intervención integral del barrio Moravia y su área de influencia», che fa parte del «Piano di sviluppo di Medellín 2004-2007», [http://www.Medellin.gov.co/alcaldia/jsp/modulos/P\\_desarrollo/index.jsp?idPagina=380](http://www.Medellin.gov.co/alcaldia/jsp/modulos/P_desarrollo/index.jsp?idPagina=380) (visitato il 5 luglio 2006).
6. Cfr. Universidad de Antioquia. Instituto de Estudios Regionales, *El Programa Integral de Mejoramiento de Barrios Subnormales*, [www.fundacioncorona.org.co/alianzas/descargas/experiencias1999/PRIMED%20completo%201999.pdf](http://www.fundacioncorona.org.co/alianzas/descargas/experiencias1999/PRIMED%20completo%201999.pdf) (visitato il 27 maggio 2006).
7. Il progetto ha ottenuto il supporto del governo spagnolo; cfr. il documento del Ministerio de Vivienda spagnolo «Ciudades para un futuro sostenible: programa integrado par la mejora de los suburbios, Medellín, Colombia», <http://habitat.aq.upm.es/dubai/00/bp540.html> (visitato il 27 maggio 2006).
8. Cfr. [http://www.gobant.gov.co/plan\\_desarrollo/apuesta.htm](http://www.gobant.gov.co/plan_desarrollo/apuesta.htm) (visitato il 30 giugno 2006).
9. Cfr. il documento del Comune di Medellín *Proyecto de intervención integral ...* citato alla nota 5.
10. Cfr. il documento del Comune di Medellín *Proyecto de intervención integral ...* citato alla nota 5.
11. Un bilancio intermedio del «Piano di sviluppo di Medellín, 2004-2007», presentato il 30 giugno 2005, è in <http://www.veeduriaMedellin.org.co/> (visitato il 30 giugno 2006).
12. Cfr. il Boletín Información para la Acción «Diagnóstico de oferta en salud mental» della Dirección Seccional de Salud, <http://www.dssa.gov.co/download/2005-05.pdf> (visitato il 30 giugno 2006).
13. Cfr. Ley 812/2003 del Congreso colombiano, <http://www.presidencia.gov.co/ley812.PDF> (visitato il 5 luglio 2006).
14. Cfr. <http://www.paho.org/Spanish/AD/SDE/HS/mexdec2000.pdf> (visitato il 22 gennaio 2007).

15. Cfr. <http://www.ops-oms.org/Spanish/DPI/100/100/feature47.htm> (visitato il 5 luglio 2006).
16. Cfr. l'Acta 067 emanato nel maggio 2001 dal Consejo de Medellín, <http://www.concejodeMedellin.gov.co/sicom/actas/act-2001/ACTA-067.DOC> (visitato il 5 luglio 2006).
17. Cfr. nota 16.
18. Cfr. nota 11.

## B I B L I O G R A F I A

- CAMPAÑA A. (1995), «Hacia la integración del concepto de salud mental», in *Salud mental: conciencia vs. seducción por la locura*, Ediciones CEAS, Quito.
- CAMPAÑA A. (2003), *Reflexiones sobre posibles líneas maestras para la formulación de políticas públicas en salud mental*, Medellín; paper presentato alla Mesa de Discusión sobre Políticas Públicas de Salud y Salud Mental, Medellín.
- GÓMEZ R., RODRÍGUEZ L., MARTÍNEZ O., AGUDELO N., ZEA L., GONZALEZ E. (2004), *Gestión de Políticas públicas y salud*, paper presentato alle III Jornadas Nacionales de Actualización en Promoción de la Salud, Universidad de Caldas, Manizales, Colombia.
- HANCOCK T. (1982), «Beyond healthy care», *The Futuris*, Aug. 4-13 (citato in: Gómez R. et al., 2004, *Gestión de políticas públicas y salud*, paper presentato alle III Jornadas Nacionales de Actualización en Promoción de la Salud, Universidad de Caldas, Manizales, Colombia).
- HERNÁNDEZ L., MONTOYA W. (s.i.d), *Moravia, un pueblo que se niega a ser ciudad*, [http://delaurbedigital.udea.edu.co/?module=displaystory&story\\_id=1749&edition\\_id=18&format=html](http://delaurbedigital.udea.edu.co/?module=displaystory&story_id=1749&edition_id=18&format=html) (visitato il 27 maggio 2006).
- MINISTERIO DE SALUD (1998), *Política Nacional de Salud Mental*, Ministerio de Salud, Bogotá.
- MINISTRY OF HEALTHCARE AND WELFARE (1998), *Mental Health for Canadians*, Ministry of Healthcare and Welfare, Ottawa.
- OMS (2001a), *Informe sobre la salud en el mundo 2001. Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas*, OMS, Genève.
- OMS (2001b), *Proyecto de política de salud mental. Paquete de orientaciones sobre políticas y servicios*, OMS, Genève ([http://www.who.int/mental\\_health/media/en/49.pdf](http://www.who.int/mental_health/media/en/49.pdf), visitato il 27 maggio 2006).
- PAHO (2000), *Salud de la población: conceptos y estrategias para las políticas públicas saludables: la perspectiva canadiense*, PAHO, Washington.
- PEIRO R. (1999), «Potenciar políticas públicas saludables», in *Informe Sespas*, Escuela Andaluza de Salud Pública, Granada.
- UNDP (2003), *Human Development Report 2003. Millennium Development Goals: A compact among nations to end human poverty*, UNDP, New York ([http://hdr.undp.org/reports/global/2003/pdf/hdr03\\_complete.pdf](http://hdr.undp.org/reports/global/2003/pdf/hdr03_complete.pdf), visitato il 22 gennaio 2007).
- UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA, DIRECCIÓN SECCIONAL DE SALUD (2003), *Hacia un plan operativo de salud mental para Antioquia*, OPS, Bogotá.

**Rivista aperta a contributi**

Mecosan, la cui redazione è curata dal CERGAS, Centro di Ricerche sulla Gestione dell'Assistenza Sanitaria, è una rivista aperta al contributo di chiunque desideri offrire testimonianze, opinioni, notizie e resoconti di studi e ricerche che abbiano attinenza con i temi dell'economia e della gestione manageriale delle aziende e dei sistemi sanitari, che abbiano il requisito dell'originalità e siano volti a privilegiare il valore dell'innovazione. La lingua ammessa è l'italiano.

**Condizioni essenziali per la considerazione dei manoscritti e l'ammissione al referaggio**

Non saranno considerati ed ammessi al referaggio i contributi che non rispettano le seguenti condizioni: 1) i manoscritti sottoposti a Mecosan non devono essere già stati pubblicati o presentati per la considerazione presso altre riviste;

2) i manoscritti devono rispettare gli standard di struttura, abstract, note, tabelle, riferimenti bibliografici precisati di seguito.

Gli autori sono invitati a rispettare le richieste relative alla forma e allo stile per minimizzare ritardi e necessità di revisione. Inoltre, allo scopo di garantirne l'anonimato nel processo di referaggio, gli autori stessi dovrebbero evitare ogni riferimento che ne possa consentire l'individuazione.

**Invio del manoscritto**

Il manoscritto dovrà essere presentato alla rivista sia su copia cartacea sia su file.

La copia cartacea va spedita a:

Redazione Mecosan

CERGAS, Università L. Bocconi, Viale Isonzo, 23 - 20135 Milano

La copia sul file va inviata alla casella e-mail: mecosan@uni-bocconi.it

**Formato e stile**

Carattere: times new roman 12

La prima pagina dovrà contenere: 1) il titolo che non superi le novanta battute, 2) i nomi degli autori, 3) i loro titoli e le istituzioni di appartenenza, 4) l'indicazione dell'autore che curerà la corrispondenza e il suo indirizzo completo, 5) eventuali ringraziamenti.

Nella seconda pagina compariranno l'abstract in inglese (massimo 120 parole) e il Sommario che deve essere breve ed indicare solo il primo livello dei paragrafi, preceduti da numeri arabi seguiti dal punto. (Esempio: SOMMARIO: 1. Introduzione - 2. Parte prima - 3. Parte seconda - 4. Conclusioni - 5. Appendici).

Si richiede uno stile lineare e scorrevole e il testo inviato deve essere già stato sottoposto al controllo ortografico. È raccomandato l'utilizzo della forma impersonale.

**Titoli dei paragrafi**

Preceduti dai numeri arabi seguiti dal punto. È previsto un solo livello di sottoparagrafi. Altre partizioni saranno segnalate da un solo titolo privo di numerazione e in corsivo.

Esempio: **1. La programmazione nelle aziende**

1.1. Gli attori del processo

*Il ruolo della direzione amministrativa*

**Tabelle, grafici e figure**

Devono essere richiamati nel corso degli articoli con riferimenti puntuali e forniti in stampa separata dal testo e in un file diverso con un titolo. Si ricorda agli autori che Mecosan è una rivista in bianco e nero, dunque non saranno accettati articoli che contengono figure a colori. Le rappresentazioni grafiche saranno accettate a condizione che siano accompagnate da tabelle numeriche riportanti i dati di riferimento.

**Note**

Con richiami numerici. Se ne consiglia la brevità ed è preferibile che non vi compaiano lunghe ed eccessive citazioni o riferimenti bibliografici.

**Lunghezza articoli**

Indicativamente i saggi dovranno essere tra le cinquemila e le diecimila parole, per le altre sezioni si consiglia di non eccedere le settemila parole.

**Riferimenti bibliografici**

Si devono effettuare con il sistema autore-data (e non con i numeri progressivi) nel corpo del testo o in nota secondo la seguente forma: (Borgonovi, 2000). Le indicazioni corrispondenti si devono riportare alla fine dell'articolo nella bibliografia, dopo le note, in ordine alfabetico, secondo il seguente esempio:

**Monografie**

BORGONOV E. (2000), *Principi e sistemi aziendali per le amministrazioni pubbliche*, Egea, Milano.

BRUNETTI G. (1979), *Il controllo di gestione in condizioni ambientali perturbate*, Milano: Franco Angeli.

**Pubblicazioni con più autori**

BRUNS W.J., KAPLAN R.S. (a cura di) (1987), *Accounting and Management: Field Study Perspectives*, Boston, MA: Harvard Business School Press.

**Saggi in pubblicazioni**

KAPLAN R.S. (1985), «Accounting lag: the obsolescence of cost accounting systems», in K. Clark, C. Lorenze (a cura di), *Technology and Productivity: the Uneasy Alliance*, Boston, MA: Harvard Business School Press, pp. 195-226.

**Articoli in riviste**

MENEGUZZO M., DELLA PIANA B. (2002) «Knowledge management e p.a. Conciliare l'inconciliabile?», *Azienda pubblica*, 4-5, pp. 489-512.

**Rapporti/Atti**

OECD (1999), *Principle of corporate Governance*, Paris: OECD.

**Non pubblicati**

ZITO A. (1994), «Epistemic communities in European policy-making», Ph.D. dissertation, Department of Political Science, University of Pittsburgh.

Per citazioni multiple dello stesso autore e nello stesso anno, far seguire a, b, c, ecc. all'anno.

I testi non citati nell'articolo che eventualmente si vorranno segnalare dovranno essere inseriti in una bibliografia separata.

# La tutela e la promozione della salute dei migranti in Friuli-Venezia Giulia, nell'ottica del lavoro di rete e della medicina transculturale

G. PITZALIS, L. BATTIGELLI, V. BRUSSI, D. GNESUTTA, M. MENOTTI, P. MONTE, D. SEBASTIANUTTO, F. SOSTERO

*The «Public health and veterinary medicine» department of Ass n. 4 «Medio Friuli» in 2000 has launched a program focused on the healthcare needs of migrant people, in order to give structure and strength to good practices, both via cultural mediation processes and information and training of health and administrative staff, and via a closer cooperation with municipalities and non profit organizations.*

## Note sugli autori

Guglielmo Pitzalis, Licia Battigelli, Valentina Brussi, Daniela Gnesutta, Marinella Menotti, Paolo Monte, Daniela Sebastianutto, Fulvia Sostero  
Ass n. 4 «Medio Friuli», Dipartimento di Prevenzione, dispensario@ass4.sanita.fvg.it

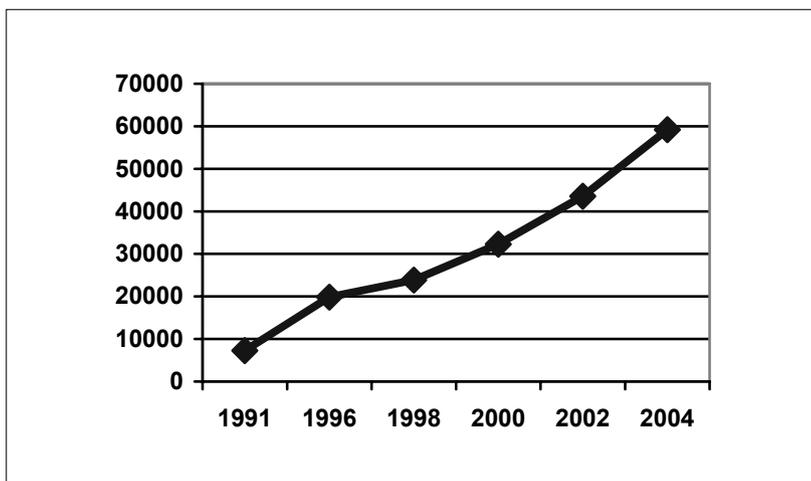
## 1. Introduzione

Il saldo migratorio positivo si consolida in Friuli-Venezia Giulia nell'ultimo decennio del secolo scorso: l'immigrazione nella prima metà degli anni novanta è segnata in maniera significativa dai profughi provenienti dalle repubbliche della ex-Iugoslavia, ma si caratterizza fin da subito per la presenza di numerosi gruppi etno-linguistici, provenienti da diverse aree geografiche, culturali e religiose e distribuiti su tutto il territorio regionale (cfr. la **figura 1** per la regione Friuli-Venezia Giulia e la **figura 2** per la provincia di Udine).

Alcuni caratteri peculiari dell'immigrazione in Friuli-Venezia Giulia sono frutto di specifici elementi territoriali quali la posizione di confine con i paesi dell'est europeo, la posizione periferica rispetto al contesto italiano, l'assenza di grandi aree metropolitane, il tessuto produttivo diffuso e diversificato nelle varie zone e le conseguenti caratteristiche del mercato del lavoro, l'assetto urbanistico del territorio prevalentemente rurale con una ventina di cittadine cui fanno capo circondari comprendenti tanti piccoli comuni e, infine, la presenza di aree montane e pedemontane a elevato spopolamento. Tutte queste caratteristiche peculiari della nostra regione giustificano un fenomeno di residenzialità diffusa tipico soprattutto delle Province di Udine e Pordenone, ovvero le province a maggiore sviluppo industriale, come evidenziato dalla **figura 3** e dalla **figura 4**.

## SOMMARIO

1. Introduzione
2. L'assistenza sanitaria agli stranieri
3. I progetti aziendali



**Figura 1**  
Stranieri residenti in Friuli-Venezia Giulia dal 1991 al 2004

## 2. L'assistenza sanitaria agli stranieri

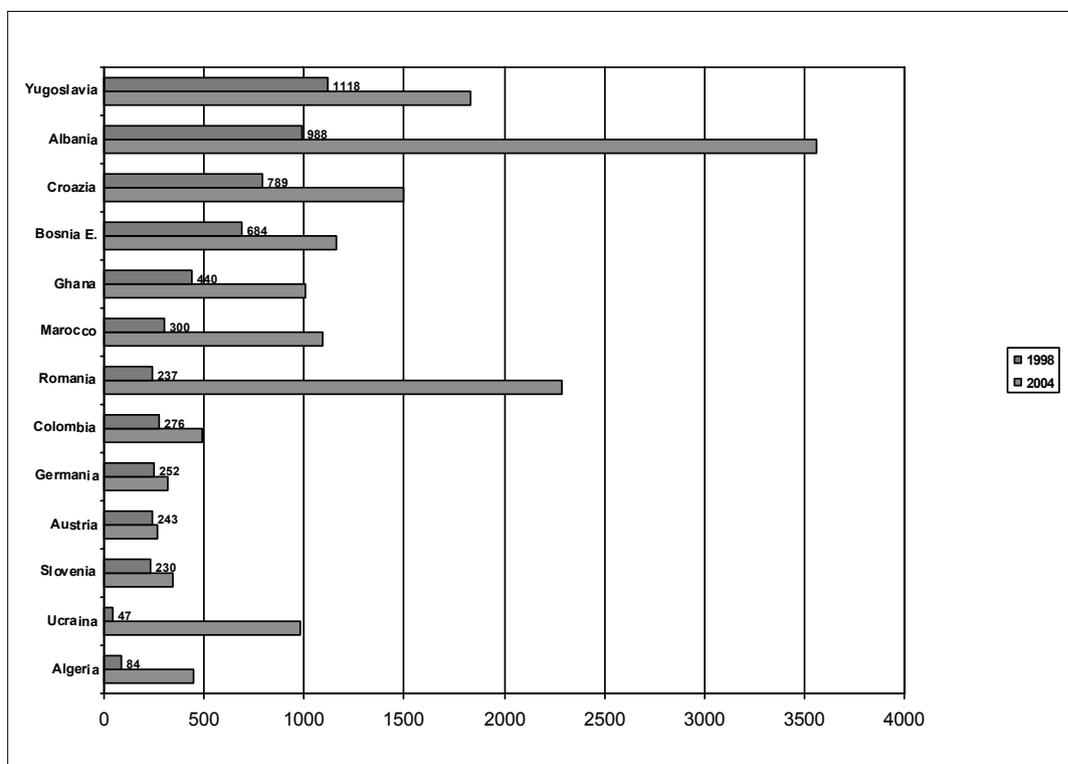
Nodo cruciale per lo stato di salute dello straniero è stata, in questi anni, la facoltà di accesso ai servizi socio-sanitari pubblici.

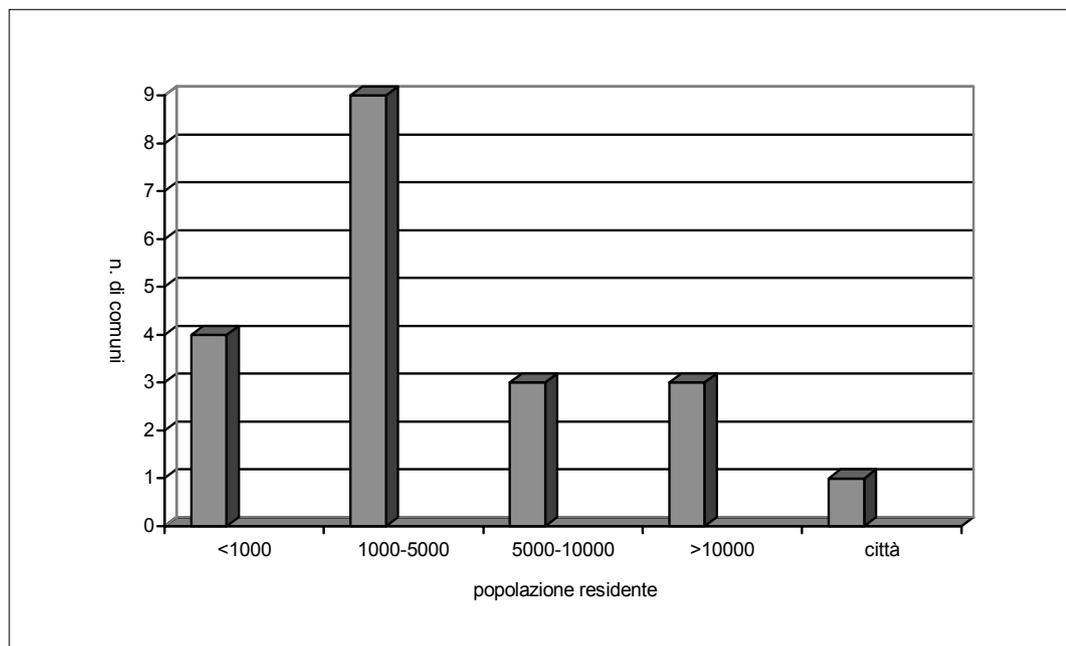
Nella prima fase del fenomeno migratorio, anche in Friuli-Venezia Giulia l'accesso alle cure mediche è stato garantito ai cittadini stranieri dalle organizzazioni di volontariato. L'assenza di una precisa normati-

va che riconoscesse il godimento dei diritti sanitari e una spinta solidaristica con venature terzomondiste animavano significative esperienze sostenute da medici e infermieri volontari come quella di «medici contro» (la cui denominazione completa era «Solidarietà medica italiana: medici contro emarginazione, violazione dei diritti umani»). A tali organizzazioni, in realtà, era demandata la tutela della salute degli immigrati e anche il loro accompagnamento «civile» nella nostra società, contando anche sullo spirito di servizio di alcune strutture degli enti locali e delle aziende sanitarie territoriali e ospedaliere che affiancavano gli sforzi dei volontari con una «buona volontà» all'interno delle istituzioni.

Con il consolidarsi del fenomeno migratorio, da queste esperienze di spontanea collaborazione fra operatori nasce, all'interno della azienda sanitaria territoriale del Medio Friuli (ASS n. 4), anche sotto la spinta dei Centri di ascolto del Comune di Udine e della Caritas Diocesana, la volontà di dar vita a iniziative coordinate e organiche promosse e sostenute dalla sanità pubblica, atte a rimuovere le barriere burocratico-amministrative, logistico-organizzative e linguisti-

**Figura 2**  
Primi dieci paesi di provenienza degli stranieri residenti in Provincia di Udine, confronto 1998-2004





**Figura 3**  
 Numero e dimensioni  
 dei comuni con incidenza  
 di stranieri residenti  
 su popolazione totale  
 residente > 5%, Provincia  
 di Udine

co-culturali che ostacolavano la fruizione del servizio sanitario anche per gli stranieri.

Nell’Azienda sanitaria del Medio Friuli gli ambulatori a bassa soglia di accesso e a forte impatto relazionale (quali il consultorio familiare e l’ex-dispensario antitubercolare) hanno svolto una funzione trainante nell’avviare buone pratiche di accoglienza sanitaria, di facilitazione all’appropriata fruizione dei servizi e di tutela e promozione della salute.

Nel 1999 fu avviato un tavolo di lavoro informale fra servizi sanitari, enti locali e volontariato e l’Azienda sanitaria del Medio Friuli offrì piena disponibilità a ospitare lo *stage* semestrale di esercitazione pratica del corso di formazione per mediatori culturali di comunità, frequentato da una dozzina di immigrati extracomunitari, nell’ambito del progetto ETHNOS e DEMOS finanziato dall’Unione europea.

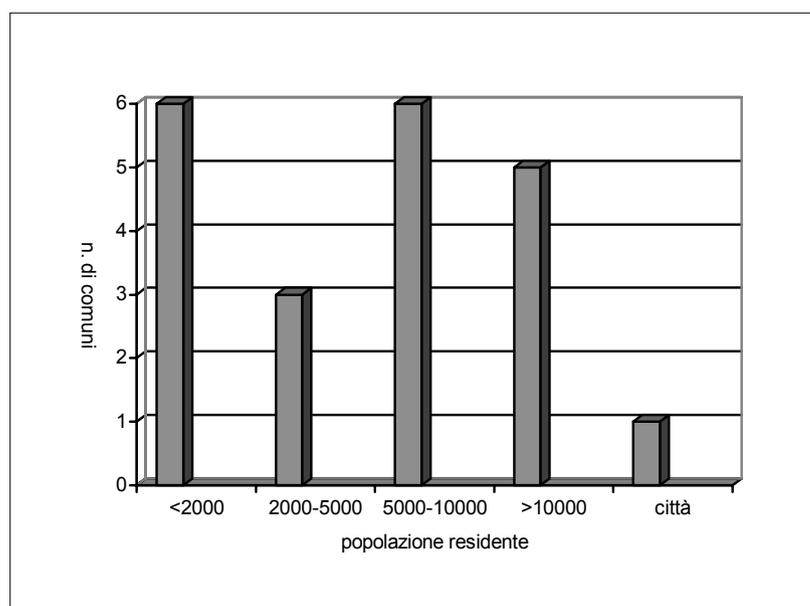
L’Ass n. 4 «Medio Friuli» stipula dal 2000, con rinnovo annuale, una convenzione con l’«Associazione Mediatori di comunità – Onlus», che prevede:

- interventi di mediazione in rete con altri enti, servizi e istituzioni per percorsi condivisi di formazione, orientamento, promozione della salute, assistenza nelle fasi di criticità;

- attività di mediazione negli sportelli per l’iscrizione al servizio sanitario con accompagnamento per gli immigrati e affiancamento per gli operatori in tutti i distretti sanitari;

- attività di mediazione programmata o su chiamata in tutti gli ambulatori dell’azienda sanitaria, presso i medici di medicina generale, i pediatri di libera scelta e i medici del

**Figura 4**  
 Provincia di Pordenone:  
 numero e dimensioni  
 dei comuni con incidenza  
 di stranieri residenti  
 su popolazione totale  
 residente > 6%



lavoro, con servizi di accompagnamento, interpretariato, mediazione interculturale.

L'Associazione si avvale dei 12 soci fondatori che hanno seguito un corso di formazione di 800 ore e un tirocinio pratico all'interno dell'Azienda sanitaria n. 4, di 25 mediatori che svolgono attività di mediazione anche in altri campi e che comunque hanno avuto una formazione specifica in campo sanitario, di altri collaboratori con funzioni di mediazione solo occasionali.

Quella dell'immigrazione è sicuramente una delle realtà in cui il «sociale» e il «sanitario» si intrecciano indissolubilmente, a volte fino a confondersi.

Infatti nella determinazione dello stato di salute dello straniero i fattori ambientali (in particolare di tipo sociale) e i comportamentali conseguenti, sembrano prevalere chiaramente su quelli genetici (**box 1**).

Per fattori di tipo sociale si fa riferimento a tutte quelle situazioni che vanno globalmente a determinare le condizioni di vita dell'immigrato: occupazione, alloggio, alimentazione, supporto psico-affettivo, accessibilità ai servizi socio-sanitari (Geraci, 2000; El Hamad, s.i.d.).

I servizi sanitari costituiscono uno degli ambiti su cui maggiormente impatta il fenomeno immigratorio. Infatti, la tutela della salute dei cittadini stranieri risulta problematica, per la presenza di una serie di criticità:

– particolare esposizione degli immigrati ad alcune patologie o problemi sanitari (ad esempio gli infortuni, le malattie infettive, il monitoraggio della gravidanza, ecc.) a causa delle disagiate condizioni socio-economiche

#### Box 1

Principali fattori di rischio per la salute dell'immigrato

Disoccupazione o precarietà occupazionale, scarsa tutela sul lavoro.  
Inadeguatezza abitativa, sovraffollamento, carenze igieniche.  
Alimentazione insufficiente e/o sbilanciata.  
Diversità climatiche.  
Lontananza dagli affetti, mancanza di supporto psico-affettivo.  
Sradicamento culturale, diversità di costumi e di valori.  
Difficoltà comunicative e di inserimento sociale.  
Fallimento o minaccia di fallimento del progetto migratorio.  
Discriminazione nell'accesso e/o utilizzo dei servizi socio-sanitari.

in cui versa una quota significativa di tale popolazione;

– barriere di carattere linguistico che rendono difficile la comunicazione tra operatori e utenti. Tali ostacoli permangono anche in presenza di una discreta capacità d'uso della lingua italiana nelle relazioni quotidiane, viste le specificità terminologiche connotanti l'ambito sanitario;

– problemi derivanti dalla distanza culturale tra immigrati e operatori, non soltanto nella rappresentazione della salute e della malattia, ma anche nella concezione del rapporto tra utenti e servizi;

– scarsa conoscenza, da parte degli immigrati, circa il funzionamento e le modalità di accesso e di utilizzo del sistema sanitario, anche a causa delle differenze, più o meno rilevanti, con i rispettivi paesi d'origine;

– limitate conoscenze degli operatori sanitari circa le caratteristiche e le specificità di tipo sociale, culturale e comportamentale dell'utenza immigrata.

Tali criticità, da un lato, limitano per quantità, estensione e qualità l'accesso al servizio da parte dei cittadini stranieri; dall'altro lato, implicano problemi per i servizi, inerenti l'erogazione delle prestazioni non solo di tipo medico-sanitario (sia in campo diagnostico che terapeutico), ma anche di tipo amministrativo. Di fatto, pertanto, la tutela della salute dei cittadini stranieri appare penalizzata.

Le difficoltà d'incontro tra domanda e offerta di servizi sanitari comportano problemi non solo di efficacia, ma anche di efficienza. Inducono, infatti, inevitabilmente una serie di costi economici connessi ai più elevati tempi di erogazione delle prestazioni e a disfunzionalità di tipo organizzativo.

L'obiettivo dell'azione dell'Ass n. 4 e in particolare del Dipartimento di prevenzione, è di facilitare l'accesso e la fruizione dei servizi sanitari superando le difficoltà sociali e culturali, riducendo così i fattori di rischio.

Lavorando nella prospettiva di una medicina transculturale, il progetto del Dipartimento di prevenzione dell'Ass n. 4 mira quindi a rendere leggibili, accessibili e fruibili i diritti sanitari, impegnandosi nella rimozione degli ostacoli di natura burocratica, amministrativa, sociale, linguistica e culturale che possono costituire fattori di rischio per

la salute dell'immigrato e per tutta la comunità locale.

### 3. I progetti aziendali

#### 3.1. Il progetto per la tutela e la promozione della salute degli immigrati

Il «progetto per la tutela e la promozione della salute degli immigrati» è un progetto obiettivo aziendale che, rinnovato annualmente dal 2000, vede impegnata una rete sempre più ampia di operatori, strutture, istituzioni nella convinzione che questa sia l'unica strada per affrontare in maniera adeguata i problemi, non solo sanitari, degli immigrati. In questo modo, avviene un'assunzione istituzionale dei compiti di assistenza e sostegno a favore della salute degli immigrati da parte dell'Azienda sanitaria.

Nel luglio 2003 veniva sottoscritto un protocollo d'intesa tra l'Azienda per i servizi sanitari n. 4 «Medio Friuli», il Comune di Udine, il Centro Caritas dell'Arcidiocesi di Udine, le Acli provinciali di Udine e l'Associazione Vicini di Casa Onlus per lo sviluppo e miglioramento delle azioni di tutela e di promozione sociale delle fasce deboli, in particolare dei migranti. Il protocollo prevedeva la realizzazione di un programma annuale di seminari e percorsi formativi specifici rivolti a tutti gli operatori che intrattenevano relazioni rilevanti coi soggetti coinvolti, nonché di iniziative pubbliche di informazione/sensibilizzazione sui temi dell'immigrazione.

Il protocollo d'intesa è stato rinnovato e successivamente ampliato fino a comprendere una trentina di enti, associazioni, ecc., proponendosi sempre le seguenti finalità:

- una generale riqualificazione delle politiche di accoglienza e integrazione sul territorio a favore di immigrati stranieri, non residenti, in regola con il permesso di soggiorno;

- l'individuazione di ambiti di intervento e strategie comuni per una più efficiente ed efficace gestione delle risorse umane e finanziarie;

- la costituzione di una rete istituzionale che, con il coordinamento del Comune, sviluppasse, pur nella piena autonomia di gestione nella propria sfera di attività, criteri e modalità operative comuni per l'erogazio-

ne dei servizi di accoglienza, in particolare di pronta e prima accoglienza, dell'accesso a un alloggio stabile, alla scuola, ai servizi sociali e sanitari, dell'avvio alla formazione professionale e al lavoro, dell'informazione e orientamento ai servizi, della conoscenza e comprensione dei diritti-doveri di cittadinanza, della comunicazione interculturale;

- la promozione della partecipazione attiva del volontariato nella progettazione e nella realizzazione di interventi coordinati e integrati di accoglienza;

- la costituzione di un «tavolo di lavoro permanente» con compiti di indirizzo, verifica e valutazione generale delle attività svolte, composto da tutti i rappresentanti dei soggetti firmatari, sotto il coordinamento dell'Assessore ai Servizi sociali del Comune di Udine;

- l'integrazione e il coordinamento con i Piani di zona dell'Ambito socio-assistenziale 4.5 dell'Udinese e con il prossimo primo Piano triennale regionale sull'immigrazione, secondo le indicazioni della L. 328/2000 che prevede la realizzazione di un sistema integrato di programmazione degli interventi e delle risorse basato su criteri di concertazione e cooperazione, a vari livelli istituzionali, tra i soggetti operanti nell'ambito della solidarietà sociale.

Nell'ambito delle attività portate avanti in questi anni dall'Ass n. 4 di fondamentale importanza è stata la realizzazione del progetto di mediazione in ambito sanitario (**figura 5**). L'utilizzo dei mediatori di comunità nell'ambito dell'Azienda ha affrontato pertanto con successo varie problematiche:

- facilitando l'iscrizione degli stranieri al Ssn grazie anche alla disponibilità dello sportello tessere dell'anagrafe sanitaria;

- agevolando la comunicazione tra operatori e utenti stranieri e facilitando così l'erogazione delle prestazioni, attraverso un abbattimento delle barriere linguistiche e culturali;

- migliorando l'accesso e l'utilizzo dei servizi sanitari da parte degli immigrati, attraverso azioni di informazione, orientamento e accompagnamento;

- favorendo processi di prevenzione della malattia e forme di auto-tutela della salute da

**Figura 5**  
Volantino dei Mediatori di Comunità multilingue





**MEDIATORI DI COMUNITA'**  
[www.mediatcom.it](http://www.mediatcom.it) – e-mail: [mediatcom@estelnet.it](mailto:mediatcom@estelnet.it)  
 ☎ 349-2865746 Fax 0432-43940

**Al servizio degli immigrati e degli operatori per facilitare l'accesso e la fruizione dei servizi socio-sanitari.**  
**At the service of immigrants to help them make use of social-health services.**  
**Au service des immigrés pour faciliter l'accès et bénéficier des services socio-sanitaires.**  
**Al servizio del extranjero para facilitar el ingreso y el uso del servicio socio-sanitario.**  
**Në shërbim të emigrantëve, për të lehtësuar pranimit dhe përfitimin e shërbimeve sociale shëndetsore.**  
**Na usluži doseljencima za lakši pristup i korištenje socijalno-zdravstvenih usluga.**

دى لاجال اءاطسو(نى مچرتم)  
 مہتدافتس! و مدلوخذ لى مہستل بن اجال ا فہدخ ي ف  
 دى عامتجال - دى حصل لى تامدخال ن م

**ОБЩЕСТВЕННЫЕ МЕД ИАТОРЫ**  
 К услугам иммигрантов и операторов для более упрощенного подхода к сервису в социально-санитарных структурах.  
**医疗卫生组织为移民提供医疗卫生保健方面相关服务**  
 విదేశస్థుల సాంఘిక, వైద్య సేవల  
 సత్వము సత్వనియోగ సహాయ  
 సదుపాయాల సౌకర్యం.

**U službi priseljencev in zdravstvenih delavcev za lažji dostop in koriščenje socialnih in zdravstvenih storitev.**  
**An die Dienstleistung der Einwanderer und der Operatoren, um den Zugang zur Verwendung der Sozial-Sanitätsdienstleistungen zu vereinfachen.**  
**Un servizis pai migrants, viert a ducj, par cognossi e rivà a doprà ben i servizis socio-sanitaris.**

parte degli stranieri maggiormente esposti a rischi di tipo sanitario;

- facilitando una più puntuale ed efficace erogazione dei servizi da parte degli operatori, attraverso azioni di informazione, formazione, consulenza e affiancamento.

Va ricordato come tali azioni si riflettano positivamente su tutta la gamma dei complessi rapporti che i servizi sanitari aziendali hanno con gli utenti e con la comunità locale, contribuendo a rimuovere in maniera significativa le difficoltà che comunque possono ostacolare il godimento dei diritti sanitari da parte della popolazione e in particolare delle fasce di cittadini più deboli.

Dal punto di vista operativo i servizi di mediazione (**tabella 1**) sono erogati nelle strutture dell'Ass n. 4 «Medio Friuli», secondo le modalità di seguito elencate:

- presso la sede del distretto della città di Udine è aperto uno sportello quotidiano per la erogazione sia dei servizi di tipo amministrativo, sia di informazione, orientamento e consulenza rivolti agli utenti stranieri. All'occorrenza i mediatori sono impegnati a supportare anche l'attività ambulatoriale

svolta nella medesima struttura. Il servizio è articolato in sette sedute alla settimana, di cui una pomeridiana; sono stati previsti anche interventi di mediazione su chiamata;

- presso i distretti di Cividale del Friuli, di Codroipo, di Tarcento e di San Daniele del Friuli: una seduta settimanale di sportello per ogni distretto e interventi di mediazione su chiamata;

- presso i Consultori familiari di Udine e degli altri distretti, presso il Centro vaccinazioni e il Centro Aids del Dipartimento di prevenzione: i servizi di mediazione sono a supporto degli operatori, anche per le visite domiciliari, con sedute programmate e interventi di mediazione su chiamata;

- presso il Dispensario: i servizi di mediazione sono a supporto degli operatori, con sedute programmate e interventi di mediazione su chiamata, anche in collaborazione con le Onlus e le Ong operanti in rete nell'ambito del progetto per la tutela e la promozione della salute degli immigrati;

- presso l'Ospedale di rete di San Daniele del Friuli, il Polo Sanitario di Cividale del Friuli, l'Imfr Gervasutta, il Dsm (Dipartimento di salute mentale) e i Csm (Centri di salute mentale) distrettuali, il Ser.T. (Ser-

vizio tossicodipendenze), i poliambulatori distrettuali e, su specifica richiesta autorizzata dal referente operativo aziendale o dal responsabile del distretto, presso i medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta convenzionati con l'Ass n. 4 «Medio Friuli» e presso i medici del lavoro.

L'Azienda sanitaria del Medio Friuli attualmente nell'ambito del lavoro di rete (figura 6):

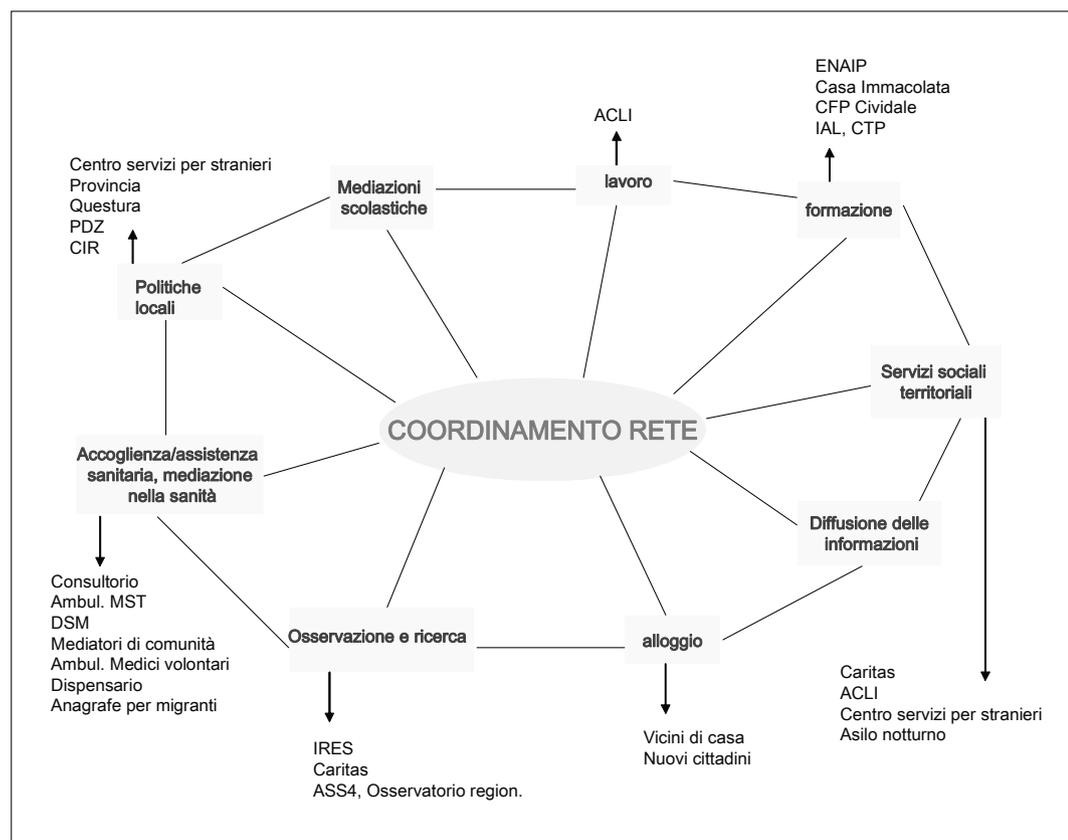
- promuove e realizza percorsi di orientamento e accompagnamento di tipo sanitario ed estende, con particolare attenzione alle aree critiche del territorio, le azioni di mediazione, formazione, sensibilizzazione, diffusione delle buone pratiche con coinvolgimento dei Mmg/Pls (Medici di medicina generale/Pediatri di libera scelta), in collaborazione con l'Ambito socio-assistenziale anche all'interno dei Piani di zona;
- realizza la prima accoglienza sanitaria dei soggetti deboli; garantisce la propria disponibilità per l'esecuzione di visite mediche pre-

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Ore mediazione	1590	2350	2400	2500	2500	2750	2800
- sportello	1220	1220	1152	1252	1144	1194	1136
- chiamata	370	1130	1248	1248	1356	1556	1664
Formazione	30	50	100	50	50	100	100
Coordinamento	405	200	200	250	250	250	200

- ventive e di accertamenti di *screening* tramite gli ambulatori del Dipartimento di prevenzione e del Consultorio familiare, in particolare nei confronti di donne e bambini, richiedenti asilo/rifugiati, minori non accompagnati;
- contribuisce a costruire percorsi di tutela e inclusione sociale per famiglie e adolescenti immigrati problematici;
- garantisce il consolidamento dell'attività dell'«ambulatorio medici volontari» per immigrati non iscritti al servizio sanitario nazionale e soggetti senza fissa dimora, mettendo a disposizione una sede per l'ambulatorio e il personale sanitario di supporto ai volontari;

**Tabella 1**

Attività di mediazione svolte presso la Ass n. 4 «Medio Friuli» dal 2000 al 2006



**Figura 6**

Ambiti di lavoro della rete

- mantiene un ufficio dedicato, nell'ambito dell'anagrafe sanitaria del Distretto sanitario di Udine, aperto ai cittadini stranieri immigrati, extracomunitari e comunitari, e agli emigranti friulani rientrati in patria;
- promuove incontri di formazione nel campo della prevenzione degli infortuni sul lavoro e domestici, rivolti in particolare alla popolazione immigrata e alle fasce deboli;
- definisce un tavolo di lavoro con le strutture ospedaliere per la continuità dell'accompagnamento e della mediazione;
- partecipa alle attività dell'Osservatorio regionale per la salute dei migranti;
- produce materiale informativo ed educativo multilingue.

La popolazione straniera immigrata è prevalentemente composta da individui giovani adulti, tra i 20 e i 40 anni, cioè in quella fascia d'età che, per ogni essere umano, coincide normalmente con il miglior stato di salute. Tali considerazioni supportano l'evidenza che le patologie d'importazione si siano dimostrate, nella prima generazione di migranti, di minor frequenza di quelle acquisite nel Paese ospitante e di quelle cosiddette di adattamento.

L'immigrato non ci porta malattie esotiche come periodicamente evocato da alcune allarmanti quanto infondate dichiarazioni riportate con grande enfasi dai *mass media*, ma piuttosto è una persona da tutelare e proteggere dal punto di vista sanitario. Infatti, le complessive condizioni di vita cui l'immigrato dovrà conformarsi nel Paese ospite, potranno poi essere capaci di erodere e dilatare, in tempi più o meno brevi, il patrimonio di salute iniziale.

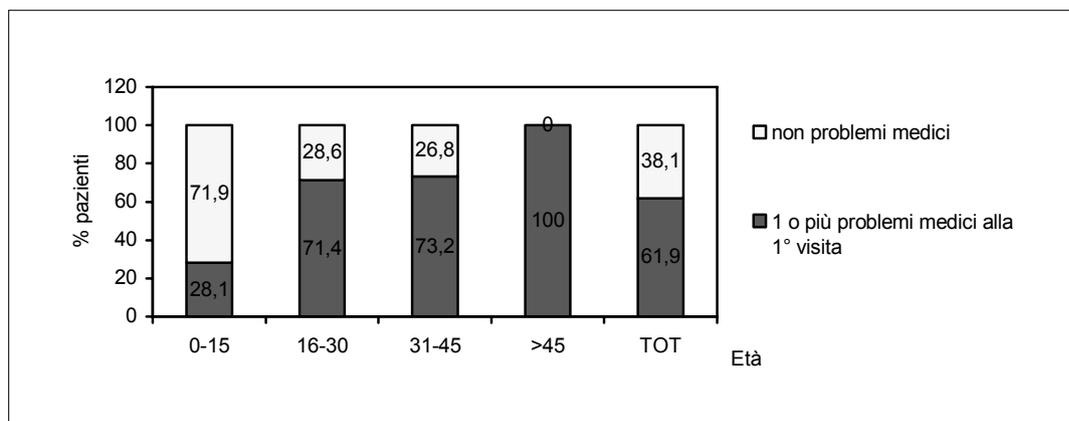
Se l'effetto «migrante sano» è ancora oggi valido per chi sceglie di emigrare e valuta la possibilità di sopportare il costo dell'emigrazione non solo in termini economici, queste considerazioni non sono altrettanto valide per chi è costretto a scappare da gravi situazioni politiche, di guerra, di persecuzione, che pongono a rischio non solo il proprio futuro ma anche l'immediato presente. Sono questi, in misura diversa ma sempre con una particolare vulnerabilità, i profughi, gli sfollati e i rifugiati (figura 7).

### 3.2. L'assistenza ai richiedenti asilo

Dal 2002 il Dipartimento di prevenzione dell'Ass n. 4 «Medio Friuli» ha realizzato un percorso di salute per i rifugiati politici/ richiedenti asilo collaborando in rete con le associazioni e strutture che ospitano e assistono tali persone nella Provincia di Udine. Ciò nella convinzione, confermata dai dati, che si tratti di un gruppo particolare di immigrati, più esposti di altri a problemi di salute imputabili a esperienze di persecuzione politica, prigionia, tortura e alle condizioni di fuga dal paese di origine. Tale percorso prevede un primo accesso all'ambulatorio del Centro di pneumologia sociale per la raccolta dell'anamnesi, l'esecuzione di una visita medica generale, di esami quali emocromo, sierologia per l'epatite B e C, per la sifilide, per l'Hiv (previo consenso informato), valutazione della copertura vaccinale, esecuzione della prova tubercolinica e/o della radiografia del torace e, qualora si renda

**Figura 7**

Stato di salute dei richiedenti asilo/rifugiati: % di pazienti visitati presso il Centro pneumologia sociale nel biennio 2002-2003 (totale pazienti: 139)



necessaria, in base anche alla valutazione della presenza della cicatrice da Bcg, l'impostazione della terapia o chemioprolifassi antitubercolare con distribuzione diretta dei farmaci.

### 3.3. L'assistenza ai minori non accompagnati

Un altro percorso di salute è venuto configurandosi a favore dei «minori non accompagnati»: dopo una esperienza pilota di prima accoglienza sanitaria e promozione della salute per minori residenti nella comunità della «Casa dell'Immacolata», istituto storico della città di Udine, il programma è stato progressivamente esteso e offerto come modello anche ad altre istituzioni di prima accoglienza.

Per i minori alla visita medica generale, seguono: la verifica della situazione vaccinale e le eventuali vaccinazioni; la valutazione sierologica dei rischi infettivologici (HIV, HBV, TPHA) e relativi percorsi di educazione sanitaria; la prova tubercolinica con eventuale Rx-torace ed eventuale profilassi preventiva. Altri approfondimenti vengono svolti quindi in accordo con il medico di medicina generale con percorsi di salute preordinati e accompagnati.

La promozione della salute si realizza attraverso un percorso integrato socio-sanitario-culturale, concordato da un gruppo di lavoro misto composto da operatori dell'azienda sanitaria e operatori delle comunità di accoglienza e comprende anche attività di sensibilizzazione sui temi della multiculturalità e dell'adolescenza con interventi dei mediatori culturali. L'Azienda sanitaria «Medio Friuli» ha sempre sostenuto l'importanza di inserire progressivamente e con l'eventuale accompagnamento da parte dei mediatori, gli immigrati nei percorsi sanitari comuni al resto della popolazione, evitando quindi di istituire ambulatori dedicati. L'unica eccezione

riguarda gli immigrati non in regola con il permesso di soggiorno e pertanto non aventi diritto all'assistenza da parte di un medico di medicina generale.

### 3.4. L'assistenza agli stranieri temporaneamente presenti

Con la legge quadro sull'immigrazione del 1998 e relativo Regolamento di attuazione viene introdotto l'utilizzo del codice regionale a sigla Stp, che indica la condizione di «Straniero Temporaneamente Presente» come strumento atto a erogare le prestazioni sanitarie a tali individui; viene lasciata alle singole Regioni la facoltà di individuare le modalità più opportune per garantire le cure essenziali e continuative previste dalla legge, il cui obiettivo finale è evidentemente quello di tutelare la salute come fondamentale diritto dell'individuo, indipendentemente dalla sua posizione giuridica (tabella 2).

Nella nostra realtà locale, e in particolare nell'Ass n. 4, agli immigrati Stp viene garantita l'assistenza medica di base principalmente dai medici volontari il cui ambulatorio è aperto due pomeriggi alla settimana presso il Dispensario del Centro di pneumologia sociale del Dipartimento di prevenzione in quanto ambulatorio a bassa soglia d'accesso e uno dei punti di rilascio delle tessere Stp.

### 3.5. L'osservatorio regionale per la salute dei migranti

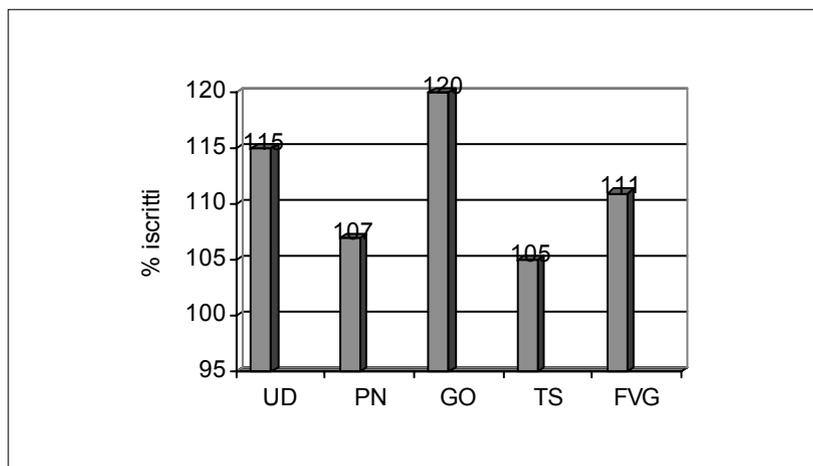
La mobilità degli immigrati all'interno delle varie aree della regione metteva tuttavia in evidenza le troppe differenze esistenti sul territorio, che rischiavano di tradursi in discriminazioni o in difficoltà crescenti legate alle diverse zone di domicilio degli immigrati. Quindi, dal 2000 è stato avviato anche un percorso che tende a rendere formali e consolidati, all'interno della sanità

	Ass n. 1 «Triestina» (*)	Ass n. 2 «Isontina»	Ass n. 3 «Alto Friuli» (*)	Ass n. 4 «Medio Friuli»	Ass n. 5 «Bassa Friulana»	Ass n. 6 «Pordenonese»
N. Stp	1.367	144	23	924	75	186

(\*) Mentre nell'Ass n. 1 ha un peso notevole l'immigrazione di transito, nel territorio dell'Ass n. 4 anche gli irregolari sono prevalentemente «stanziali».

**Tabella 2**

Tessere Stp rilasciate dalle Ass della Regione Friuli-Venezia Giulia dal marzo 2001 all'agosto 2006



**Figura 8**

Rapporto tra extracomunitari iscritti al SSR e extracomunitari residenti, 2004

pubblica regionale, rapporti di conoscenza e condivisione dei percorsi di salute dei migranti e delle buone pratiche che si sono venute costruendo nel territorio. Sulla spinta del Servizio autonomo per l'immigrazione della Regione FVG e della Azienda sanitaria del Medio Friuli, nasce un tavolo regionale di confronto con referenti delle aziende sanitarie territoriali e ospedaliere che approfondisce le questioni aperte, individua le criticità emergenti, confronta, condivide e cerca di estendere buone prassi già sperimentate adattandole alle varie realtà locali.

Nel settembre del 2004 la Giunta regionale del Friuli-Venezia Giulia ha istituito con la delibera n. 2391 l'Osservatorio regionale per la salute dei migranti. Vengono attivati gruppi di lavoro, anche con altre istituzioni e in particolare con gli uffici stranieri delle questure delle varie province, provando a prospettare soluzioni concretamente praticabili per alcune contraddizioni burocratiche. In questo ultimo biennio ci siamo cimentati anche con più complessi e articolati percorsi

di salute su alcune questioni che riguardano le fasce più deboli e marginali degli immigrati, quali le donne, i minori non accompagnati e i richiedenti asilo. Negli ultimi mesi di lavoro sono state avviate, di concerto con la Direzione regionale della salute, iniziative nel campo della prevenzione degli infortuni sul lavoro e dell'educazione sanitaria per i lavoratori stranieri e si sono estesi in varie realtà sanitarie le attività di mediazione culturale e di comunità, sulla falsariga della ormai pluriennale esperienza maturata nell'ambito territoriale dell'Azienda del Medio Friuli. Sono stati inoltre uniformati i protocolli per le vaccinazioni infantili e la prevenzione delle malattie infettive e l'assistenza sanitaria di base agli immigrati irregolari e sono stati delineati nuovi approcci alle questioni emergenti quali la tutela della salute mentale, la tutela della salute nelle carceri e i percorsi riabilitativi per le vittime di tortura. Infine, la formazione di tutti gli operatori sanitari alle buone prassi della interculturalità, della medicina delle relazioni e del lavoro sociale di rete si sta rivelando elemento fondamentale per la promozione della salute dei migranti nell'ottica della estensione dei diritti di cittadinanza e della integrazione sociosanitaria, come confermano i dati della iscrizione al Servizio sanitario regionale (**figura 8**).

La L. reg. 5/2005 «Norme per l'accoglienza e l'integrazione sociale delle cittadine e dei cittadini stranieri immigrati» e la bozza del relativo piano integrato triennale di attuazione accolgono e traducono in norma legislativa o programmatica le indicazioni e le scelte emerse dal lavoro di ricerca-azione svolto in questi anni nell'ambito del servizio sanitario pubblico e degli enti locali in Friuli-Venezia Giulia.

---

# B I B L I O G R A F I A

- AA.VV. (2001), *Immigrazione. L'integrazione possibile*, Inte.Mi.Gra.
- EL HAMAD I. (s.i.d.), *La medicina delle migrazioni: dimensioni del fenomeno migratorio e profilo sanitario del paziente immigrato*, Centro Patologia del Migrante - Clinica di Malattie Infettive, Brescia.
- GERACI S. (a cura di) (2000), *Approcci transculturali per la promozione della salute. Argomenti di medicina delle migrazioni*, Caritas di Roma, Edizioni Anterem, Roma.
- IRES - ISTITUTO DI RICERCHE ECONOMICHE E SOCIALI DEL FRIULI-VENEZIA GIULIA (2004), *Annuario statistico dell'immigrazione in Friuli-Venezia Giulia 2004*, Ires, Trieste.

# MECOSAN

## Rivista aperta a contributi

Mecosan, la cui redazione è curata dal CERGAS, Centro di Ricerche sulla Gestione dell'Assistenza Sanitaria, è una rivista aperta al contributo di chiunque desideri offrire testimonianze, opinioni, notizie e resoconti di studi e ricerche che abbiano attinenza con i temi dell'economia e della gestione manageriale delle aziende e dei sistemi sanitari, che abbiano il requisito dell'originalità e siano volti a privilegiare il valore dell'innovazione. La lingua ammessa è l'italiano.

### Condizioni essenziali per la considerazione dei manoscritti e l'ammissione al referaggio

Non saranno considerati ed ammessi al referaggio i contributi che non rispettano le seguenti condizioni: 1) i manoscritti sottoposti a Mecosan non devono essere già stati pubblicati o presentati per la considerazione presso altre riviste;

2) i manoscritti devono rispettare gli standard di struttura, abstract, note, tabelle, riferimenti bibliografici precisati di seguito.

Gli autori sono invitati a rispettare le richieste relative alla forma e allo stile per minimizzare ritardi e necessità di revisione. Inoltre, allo scopo di garantirne l'anonimato nel processo di referaggio, gli autori stessi dovrebbero evitare ogni riferimento che ne possa consentire l'individuazione.

### Invio del manoscritto

Il manoscritto dovrà essere presentato alla rivista sia su copia cartacea sia su file.

La copia cartacea va spedita a:

Redazione Mecosan  
CERGAS, Università L. Bocconi, Viale Isonzo, 23 - 20135 Milano

La copia sul file va inviata alla casella e-mail: [mecosan@uni-bocconi.it](mailto:mecosan@uni-bocconi.it)

### Formato e stile

Carattere: times new roman 12

La prima pagina dovrà contenere: 1) il titolo che non superi le novanta battute, 2) i nomi degli autori, 3) i loro titoli e le istituzioni di appartenenza, 4) l'indicazione dell'autore che curerà la corrispondenza e il suo indirizzo completo, 5) eventuali ringraziamenti.

Nella seconda pagina compariranno l'abstract in inglese (massimo 120 parole) e il Sommario che deve essere breve ed indicare solo il primo livello dei paragrafi, preceduti da numeri arabi seguiti dal punto. (Esempio: SOMMARIO: 1. Introduzione - 2. Parte prima - 3. Parte seconda - 4. Conclusioni - 5. Appendici).

Si richiede uno stile lineare e scorrevole e il testo inviato deve essere già stato sottoposto al controllo ortografico. È raccomandato l'utilizzo della forma impersonale.

### Titoli dei paragrafi

Preceduti dai numeri arabi seguiti dal punto. È previsto un solo livello di sottoparagrafi. Altre partizioni saranno segnalate da un solo titolo privo di numerazione e in corsivo.

Esempio: **1. La programmazione nelle aziende**

1.1. Gli attori del processo

*Il ruolo della direzione amministrativa*

### Tabelle, grafici e figure

Devono essere richiamati nel corso degli articoli con riferimenti puntuali e forniti in stampa separata dal testo e in un file diverso con un titolo. Si ricorda agli autori che Mecosan è una rivista in bianco e nero, dunque non saranno accettati articoli che contengono figure a colori. Le rappresentazioni grafiche saranno accettate a condizione che siano accompagnate da tabelle numeriche riportanti i dati di riferimento.

### Note

Con richiami numerici. Se ne consiglia la brevità ed è preferibile che non vi compaiano lunghe ed eccessive citazioni o riferimenti bibliografici.

### Lunghezza articoli

Indicativamente i saggi dovranno essere tra le cinquemila e le diecimila parole, per le altre sezioni si consiglia di non eccedere le settemila parole.

### Riferimenti bibliografici

Si devono effettuare con il sistema autore-data (e non con i numeri progressivi) nel corpo del testo o in nota secondo la seguente forma: (Borgonovi, 2000). Le indicazioni corrispondenti si devono riportare alla fine dell'articolo nella bibliografia, dopo le note, in ordine alfabetico, secondo il seguente esempio:

#### Monografie

BORGONOV E. (2000), *Principi e sistemi aziendali per le amministrazioni pubbliche*, Egea, Milano.

BRUNETTI G. (1979), *Il controllo di gestione in condizioni ambientali perturbate*, Milano: Franco Angeli.

#### Pubblicazioni con più autori

BRUNS W.J., KAPLAN R.S. (a cura di) (1987), *Accounting and Management: Field Study Perspectives*, Boston, MA: Harvard Business School Press.

#### Saggi in pubblicazioni

KAPLAN R.S. (1985), «Accounting lag: the obsolescence of cost accounting systems», in K. Clark, C. Lorenze (a cura di), *Technology and Productivity: the Uneasy Alliance*, Boston, MA: Harvard Business School Press, pp. 195-226.

#### Articoli in riviste

MENEGUZZO M., DELLA PIANA B. (2002) «Knowledge management e p.a. Conciliare l'inconciliabile?», *Azienda pubblica*, 4-5, pp. 489-512.

#### Rapporti/Atti

OECD (1999), *Principle of corporate Governance*, Paris: OECD.

#### Non pubblicati

ZITO A. (1994), «Epistemic communities in European policy-making», Ph.D. dissertation, Department of Political Science, University of Pittsburgh.

Per citazioni multiple dello stesso autore e nello stesso anno, far seguire a, b, c, ecc. all'anno.

I testi non citati nell'articolo che eventualmente si vorranno segnalare dovranno essere inseriti in una bibliografia separata.

# La realizzazione dei valori professionali degli infermieri neolaureati in Italia

ANTONELLA SANTULLO, ELISABETTA REBECCHI

*The article presents the preliminary results of a study on professional values of nurses when they enter the job and their evolution along a three years period. The study analyzes also how the general conditions of the job and workplace affect the same professional values. Usually the nurse enters the job with strong motivations and aspirations. With the passing of time some stressing factors may influence perceptions, leading to defensive behaviors that negatively affect the relationship with the patient.*

## 1. Introduzione

Negli ultimi anni in Italia abbiamo assistito ad un'incessante evoluzione giuridica della figura professionale dell'infermiere che ha, seppur parzialmente, contribuito alla modificazione dell'organizzazione del lavoro, delle responsabilità e dei ruoli all'interno dell'*équipe* delle unità operative sanitarie (UO). L'infermiere all'inizio del suo cammino professionale dovrebbe lavorare pieno di energia e con forti aspettative verso la sua professione; nel tempo però potrebbe verificarsi un calo dei fattori stimolanti per la percezione di una certa abitudinarietà e rigidità nelle attività e nei processi interni, che possono ridurre il senso di partecipazione e di valorizzazione professionale.

L'importanza di questi elementi ha condotto la Direzione assistenziale aziendale dell'Ausl di Rimini ad avviare, in collaborazione con la Facoltà di Psicologia dell'Università di Bologna, l'attuazione di uno studio longitudinale, della durata di tre anni, con la finalità di valutare i valori professionali degli operatori infermieristici, dalla fase di primo contatto con il mondo del lavoro al grado di realizzazione nel tempo. Pertanto, i soggetti coinvolti nello studio sono esclusivamente gli infermieri laureati alla loro prima esperienza lavorativa. In considerazione della valenza del tema, nell'ottica di un confronto tra le aziende di Area vasta<sup>1</sup>, coinvolgendo le Direzioni infermieristiche/tecniche delle Ausl di Cesena e di Forlì per la loro disponibilità alla ricerca con l'impegno di rendere disponibile i dati delle rispettive realtà a conclusione dello studio.

## SOMMARIO

1. Introduzione
2. Considerazioni generali
3. Materiali e metodi
4. Risultati parziali della ricerca
5. Discussione
6. Conclusioni

### Note sugli autori

Antonella Santullo, Elisabetta Rebecchi: Ausl di Rimini, Direzione Assistenziale Aziendale  
asantullo@auslrn.net, erebecch@auslrn.net

## 2. Considerazioni generali

I valori hanno assunto un'autonomia concettuale in psicologia attraverso un lungo processo di definizione dei suoi confini, differenziandosi da termini con cui possono essere confusi quali i bisogni e gli interessi.

*I bisogni* sono manifestazioni e rappresentazioni di condizioni fisiologiche e agiscono in prima istanza in funzione della sopravvivenza. I bisogni definiti «primari» e anche quelli «secondari» e «terziari» vengono intesi come un risultato dell'interazione tra la persona e l'ambiente.

*I valori* sono il risultato di un'ulteriore evoluzione dell'interazione con l'ambiente, sia naturale che umano.

*Gli interessi* indicano le attività mediante le quali le persone si aspettano di conseguire i propri valori e di soddisfare così i propri bisogni.

In riferimento alla formulazione teorica esplicitata, gli interessi sono più vicini ai comportamenti agiti, rispetto ai valori e ai bisogni. Più precisamente, il bisogno di qualcosa porta a considerare un valore ciò che sembra soddisfare quel bisogno; tale valore esprime degli interessi, che vengono perseguiti mediante scelte comportamentali ed azioni. Ne consegue che, per comprendere le motivazioni delle persone, ci si riferisce ai loro bisogni; per comprendere cosa le persone cercano nella vita al fine di soddisfare i propri bisogni, ci si riferisce ai valori; per capire come le persone intendono raggiungere i propri obiettivi, ci si riferisce agli interessi.

I valori inerenti al lavoro sono gli aspetti dell'attività lavorativa ai quali i soggetti attribuiscono una maggiore importanza, rispetto ad altri. I valori professionali sono gli scopi generali e relativamente stabili che le persone cercano di raggiungere mediante il lavoro. I valori, in particolare i valori professionali, sono mediatori tra la motivazione e interessi (Larcebeau, 1982), assumono rilevanza fondamentale nello sviluppo e nell'adattamento sociale dell'individuo. Dupont e Leresche (1982) definiscono valori lavorativi gli atteggiamenti psicologici connessi a «caratteristiche o condizioni del lavoro che rispondono a delle aspirazioni che si possono soddisfare più o meno indipendentemente dai differenti settori professionali». Super (1983) considera i valori come «basilari per tutte le attività e

i ruoli» che un soggetto assume nella propria carriera professionale. I valori professionali, insieme al coinvolgimento e alla soddisfazione, sono componenti essenziali del complesso costruito «importanza del lavoro» (Super, 1981; Trentini, 1995), che si declina attraverso i cambiamenti di ruolo nel ciclo della vita di ogni individuo e nelle diverse interazioni sociali ad esso connesse. I valori corrispondono ad un sistema di bisogni, desideri e scopi, strutturato gerarchicamente secondo un ordine di priorità o d'importanza relativa. In questo senso i valori costituiscono un insieme di criteri che guida il comportamento delle persone, orientandole, supportandole, facilitando la presa di decisione e l'integrazione di attività differenti.

Considerando i valori come costrutti ipotetici utili per l'analisi del comportamento, ne consegue che essi non possono essere misurati direttamente, ma diventano riconoscibili osservando gli scopi che una persona considera importanti e cerca di perseguire nella vita.

Altra suddivisione che possiamo effettuare sui valori è quella relativa a valori intrinseci ed estrinseci: con il termine «intrinseci» si fa riferimento a una serie di valori che sono inerenti all'attività stessa del lavoro, mentre con il termine «estrinseci» si fa riferimento ai valori che sono concomitanti all'attività lavorativa oppure che ne sono il risultato.

Evers (1995) rileva consenso sulla categorizzazione dei valori in:

- *estrinseci*: riferito a ciò che si può ottenere mediante il lavoro come ad esempio il successo, l'indipendenza, la sicurezza, il prestigio, il profitto economico;

- *intrinseci*: riguardanti il lavoro in sé come la creatività, l'autonomia, stimolazione intellettuale, uso delle proprie capacità;

- *concomitanti*: riferito agli ambienti e le condizioni di lavoro, le relazioni con i colleghi e con i capi.

## 3. Materiali e metodi

### 3.1. Obiettivi dello studio

Le finalità dello studio longitudinale sono la valutazione dei valori professionali degli operatori infermieristici, dalla fase di primo contatto con il mondo del lavoro al grado di

realizzazione nel tempo, e la valutazione dell'influenza dell'ambiente lavorativo sui valori professionali infermieristici.

Tali obiettivi discendono dall'importanza di comprendere quali siano i valori che gli infermieri cercano o sperano di realizzare nei vari ruoli della vita e valutare l'importanza del ruolo lavorativo nel contesto di altri ruoli della vita. L'infermiere manifesta un entusiasmo iniziale appena inserito nell'organizzazione dove, pieno di aspettative e fortemente motivato, inizia il proprio percorso professionale. Nel tempo iniziano a manifestarsi i disagi e i malesseri dovuti a fattori di stress che si verificano nel lavoro. Le conseguenze della percezione dei disagi che gli individui si trovano a vivere hanno un'influenza negativa sulla percezione del proprio lavoro determinando un maggior distacco nelle relazioni interpersonali a discapito della relazione d'aiuto. A tale scopo va posta attenzione sulle azioni di prevenzione e sostegno nell'inserimento dei nuovi operatori sanitari per evitare la cronicizzazione della percezione dei disagi e migliorare l'appagamento delle loro aspettative e delle motivazioni percepite dagli operatori infermieristici.

Altro aspetto importante dello studio è l'analisi delle condizioni organizzative e gestionali delle unità operative di appartenenza e della sede aziendale, al fine di indagare la soddisfazione lavorativa imputata alla percezione lavorativa e alla gestione organizzativa della propria Uo.

### 3.2. Campione

Lo studio longitudinale, partito a dicembre 2003, prende in considerazione la figura professionale dell'infermiere neolaureato delle Ausl di Rimini, di Cesena e di Forlì, con lo scopo di misurare i valori professionali degli operatori infermieristici all'ingresso nel mondo del lavoro e il loro grado di realizzazione nel tempo. Il personale neoassunto coinvolto nella ricerca è stato inizialmente di 30 operatori nella sede Ausl di Rimini, 9 operatori nella sede Ausl di Forlì e 29 operatori nella sede Ausl di Cesena, per un totale di 68 operatori. Alla terza somministrazione dei questionari hanno partecipato 21 operatori nella sede Ausl di Rimini, 6 operatori nella sede Ausl di Forlì e 12 operatori nella sede Ausl di Cesena, per un totale di 39 operatori.

Le cause che hanno determinato il decremento del numero degli operatori del campione dalla prima somministrazione alla terza, e quindi l'esclusione dallo studio, sono dovute a malattia nel momento della somministrazione, maternità, *turnover* del personale in altre aziende non inserite nello studio e dimissioni volontarie.

### 3.3. Strumenti

Lo strumento utilizzato per la ricerca è la «Scala dei Valori Professionali (WIS/SVP)». Questo test misura la gerarchia e la struttura dei valori inerenti il ruolo lavorativo. La WIS/SVP è composta da 63 *item* e misura 21 dimensioni valoriali: utilizzo delle proprie abilità, raggiungimento dei risultati, avanzamento, estetica, altruismo, autorità, autonomia, creatività, guadagni economici, stile di vita, sviluppo personale, attività fisica, prestigio, rischio, interazione sociale, relazioni sociali, varietà, condizioni ambientali, identità culturale, capacità fisica, sicurezza economica.

La WIS/SVP è stata utilizzata per rilevare i valori professionali degli infermieri a cui è stata somministrata.

In base ai punteggi grezzi ottenuti lo strumento permette la misura di cinque orientamenti fondamentali, nonché l'individuazione della tipologia cui il soggetto più si avvicina. Abbiamo cinque «profili» descrittivi del soggetto:

- profilo individuale dei valori;
- profilo dei valori relativamente al gruppo di riferimento;
- profilo individuale degli orientamenti;
- profilo degli orientamenti rispetto al gruppo di riferimento;
- la tipologia di appartenenza.

Per il fine della ricerca verranno utilizzati esclusivamente il profilo degli orientamenti e delle tipologie.

Gli orientamenti sono utili per una comprensione più sintetica e globale delle dinamiche valoriali. Esprimono modi di intendere e di atteggiarsi a fronte della vita in generale e del lavoro in particolare. Essi rappresentano i diversi orientamenti di fondo che sono presenti, in misura differente, in ciascun sog-

getto e nei vari gruppi di appartenenza. Abbiamo cinque orientamenti di base:

– *orientamento materialistico*: fa riferimento a valori professionali che possiamo definire «strumentali», chiamano in causa una concezione pragmatica e utilitaristica del lavoro;

– *orientamento al sé*: evidenzia un orientamento produttivamente centrato su di sé, suppone una concezione del lavoro come mezzo di autoespressione;

– *orientamento agli altri*: evidenziano l'importanza che il lavoro assume come strumento socializzante e ablativo, ponendo l'accento sulla rilevanza dei contatti interpersonali e della relazionalità con il mondo esterno;

– *orientamento all'indipendenza*: evidenzia le dimensioni valoriali che pongono l'accento sull'esigenza di indipendenza;

– *orientamento alla sfida*: evidenzia un orientamento di tipo competitivo-agonistico.

L'individuazione di una tipologia valoriale definisce le caratteristiche dei sei tipi valoriali:

– *tipo creativo*: è presente in misura elevata la tendenza a produrre e a sviluppare qualcosa di originale, a vivere secondo il proprio stile e gli standard preferiti, ad autorealizzarsi nella maturazione della propria personalità;

– *tipo tranquillo*: risulta essere attento alla sicurezza, sia di carattere economico che individuale e culturale nel proprio gruppo sociale di riferimento a salvaguardia della propria identità, e alle condizioni contestuali in cui si lavora;

– *tipo rampante*: il centro dei propri interessi sono gli obiettivi di avanzamento nella carriera e negli standard di vita; il prestigio e l'incremento del reddito sono percepiti come indicatori di promozione sociale e alla acquisizione di uno status;

– *tipo duro*: predilige una attività che richiede capacità fisiche, proprie forze e sulla propria resistenza, che è resa interessante dal rischio. Gli risulta importante l'impegno e lo sforzo fisico a fronte della qualità delle cose che fa;

– *tipo battitore libero/autonomo*: per questo tipo è essenziale l'autonomia: agire per proprio conto, in modo indipendente, proget-

tando e compiendo l'attività secondo i propri interessi e capacità;

– *tipo sociale/socievole*: risulta attento al contatto con gli altri e alla qualità della relazione: stare con la gente con cui si realizza coinvolgimento e soddisfazione, occuparsi degli altri e dei loro problemi, favorendo il loro benessere; viene attribuita importanza agli aspetti e agli effetti fisici, del proprio lavoro e del tempo libero.

Come valore aggiunto alla ricerca è stato introdotto un secondo questionario, utilizzato solo nella terza somministrazione, il *Job Content Questionnaire*, JCQ, di R.A. Karasek, versione italiana composta da 49 *item*, articolata in otto macrovariabili:

– tre sulla dimensione *controllo* i cui *item* indagano su «giudizio circa le proprie capacità», «potere decisionale in rapporto al compito specifico» e «potere decisionale a livello di politica aziendale»;

– tre sulla dimensione *domanda* i cui *item* indagano su «carico di lavoro psicologico», «carico di lavoro fisico» e «insicurezza lavorativa»;

– le due restanti dovrebbero consentire valutazioni sugli *aspetti relazionali* (supporto sociale da parte dei superiori e supporto sociale da parte dei colleghi, rispettivamente).

In letteratura, al di là delle due dimensioni controllo e domanda, il supporto sociale viene inteso come ulteriore risorsa disponibile e come modulatore delle richieste che provengono dal contesto lavorativo. Gli studi italiani effettuati con questo questionario sono soprattutto di tipo epidemiologico, per la valutazione del rischio cardiovascolare e muscoloscheletrico, e di ricerca applicata finalizzata ad interventi ergonomici negli ambienti di lavoro. Essendo ancora uno strumento non standardizzato sulla popolazione italiana e nella professione infermieristica, i dati di questo questionario verranno trattati solo a conclusione dello studio che avverrà con l'ultima somministrazione programmata a fine 2006.

#### 3.4. Modalità di rilevazione e somministrazione

La rilevazione dei dati viene effettuata attraverso la somministrazione individuale del

questionario «Scala dei valori professionali» in tempi diversi:

– la prima somministrazione avvenuta nei primi giorni in cui il neolaureato inizia la propria esperienza lavorativa nell’Azienda;

– la seconda somministrazione a distanza di 6 mesi;

– la terza somministrazione dopo un anno dall’inizio del lavoro. A questo punto della ricerca è stato introdotto un secondo questionario JCQ, *Job Content Questionnaire* di Karasek;

– la quarta e ultima somministrazione, a distanza di tre anni dall’inizio del lavoro, verrà effettuata con i questionari SVP, JCQ e MBI (*Maslach Burnout Inventory*) a fine 2006.

### 3.5. Elaborazione e analisi statistica

L’analisi dei dati e l’elaborazione statistica è stata effettuata dai docenti di Metodologia della ricerca psicologica della Facoltà di Psicologia, sede Cesena, dell’Università di Bologna, che hanno utilizzato il programma statistico SPSS versione 12.

Le elaborazioni statistiche effettuate sono state realizzate attraverso il modello lineare nel quale, tramite l’analisi della varianza per prove ripetute, hanno misurato l’effetto dei fattori «tempo di somministrazione» e «sede lavorativa» per le sottoscale del questionario e per le variabili dipendenti (tipi e orientamenti) del questionario SVP.

## 4. Risultati parziali della ricerca

### 4.1. Caratteristiche generali del campione

Il personale neoassunto coinvolto nella ricerca è stato inizialmente di 30 operatori nella sede Ausl di Rimini, 9 operatori nella sede Ausl di Forlì e 29 operatori nella sede Ausl di Cesena, per un totale di 68 operatori; alla

seconda somministrazione del questionario hanno partecipato alla somministrazione 23 operatori nella sede Ausl di Rimini, 8 operatori nella sede Ausl di Forlì e 18 operatori nella sede Ausl di Cesena, per un totale di 49 operatori; alla terza somministrazione è stato introdotto il secondo questionario, il JCQ di Karasek, hanno partecipato alla somministrazione 21 operatori nella sede Ausl di Rimini, 6 operatori nella sede Ausl di Forlì e 12 operatori nella sede Ausl di Cesena, per un totale di 39 operatori (**tabella 1**).

La **tabella 2** mostra la composizione del campione alla prima, alla seconda e alla terza somministrazione.

La composizione della prima somministrazione è costituita prevalentemente da donne (90% donne, 10% maschi), l’età media è di 26,1 anni (ds=5,63), l’età media delle donne è di 26,4 anni (ds=5,85) e l’età media degli uomini è di 23,9 (ds=2,41).

La composizione della seconda somministrazione è costituita prevalentemente da donne (90% donne, 10% maschi), l’età media è di 25,7 anni (ds=5,99), l’età media delle donne è di 26,1 anni (ds=6,22) e l’età media degli uomini è di 22,8 (ds=1,64).

La composizione della terza somministrazione è costituita prevalentemente da donne (92% donne, 8% maschi), l’età media è di 25,5 anni (ds=6,09), l’età media delle donne è di 25,7 anni (ds=6,27) e l’età media degli uomini è di 22,7 (ds=2,08).

### 4.2. Elaborazione dei tipi valoriali

Dall’elaborazione dei dati in riferimento ai tipi valoriali, corrispondenti alle tipologie, l’analisi multivariata per prove ripetute fra le tre somministrazioni è risultata significativa (*Wilk’s Lambda* 0.001). Nello specifico, nell’analisi del test univariata, che mette a confronto i vari tipi per le tre somministrazioni, è risultato significativo solo il tipo sociale/socievole (valore *Sphericity Assumed*

	Ausl Rimini (30 neoassunti)	Ausl Forlì (9 neoassunti)	Ausl Cesena (29 neoassunti)
1 <sup>a</sup> somministrazione	intervistati 30	Intervistati 9	Intervistati 29
2 <sup>a</sup> somministrazione	intervistati 23	Intervistati 8	Intervistati 18
3 <sup>a</sup> somministrazione	intervistati 21	intervistati 6	intervistati 12

**Tabella 1**

Descrizione del campione nelle tre somministrazioni

Tabella 2

Descrizione del campione

	N. intervistati	Età media	Genere	
			Femmine	Maschi
<i>Campione prima somministrazione</i>				
Ausl Rimini	30	27,1	25	5
Ausl Forlì	9	24,6	7	2
Ausl Cesena	29	25,6	29	0
<b>Totale</b>	<b>68</b>	<b>26,1</b>	<b>61</b>	<b>7</b>
<i>Campione seconda somministrazione</i>				
Ausl Rimini	23	27,0	20	3
Ausl Forlì	8	24,8	6	2
Ausl Cesena	18	24,1	18	0
<b>Totale</b>	<b>49</b>	<b>25,7</b>	<b>44</b>	<b>5</b>
<i>Campione terza somministrazione</i>				
Ausl Rimini	21	26,8	19	2
Ausl Forlì	6	23,5	5	1
Ausl Cesena	12	24,8	12	0
<b>Totale</b>	<b>39</b>	<b>25,5</b>	<b>36</b>	<b>3</b>

0,000); il tipo duro non è risultato significativo per pochissimo (*Sphericity Assumed* 0,056). Un'ulteriore analisi ha guardato all'andamento delle tre somministrazioni per ogni tipo valoriale: ne risulta che per il tipo duro è risultato significativo il confronto fra la seconda somministrazione e la prima (sig. 0,029); e per il tipo sociale/socievole è risultato significativo il confronto fra la seconda somministrazione e la prima (sig. 0,013) e la terza somministrazione con la prima (sig. 0,000).

Si è anche valutato l'andamento dei «tipi valoriali» nelle tre somministrazioni:

– tipo creativo: piccolo aumento nella seconda somministrazione che rimane costante nella terza;

– tipo tranquillo: nella prima e seconda somministrazione rimane invariato; aumento nella terza somministrazione;

– tipo rampante: nella prima e seconda somministrazione rimane invariato; aumento nella terza somministrazione;

– tipo duro: subisce una fluttuazione, nella prima somministrazione è alto, nella secon-

da si abbassa per rialzarsi un po' nella terza somministrazione;

– tipo battitore libero/autonomo: nelle tre somministrazioni ha un andamento in diminuzione progressiva;

– tipo sociale/socievole: nelle tre somministrazioni ha un andamento in diminuzione progressiva.

L'indagine ha anche messo in relazione i risultati del questionario con le variabili sede e il periodo delle somministrazioni. Dall'analisi multivariata risulta che tra le differenti sedi non c'è alcuna differenza significativa (*Wilk's Lambda*  $p=0,568$ ), mentre risulta una differenza significativa per il periodo della somministrazione (*Wilk's Lambda*  $p=0,017$ ). Nello specifico si evidenziano solo due tipologie risultate significative, il tipo rampante (*Sphericity Assumed*  $p=0,025$ ) e il tipo sociale/socievole (*Sphericity Assumed*  $p=0,000$ ).

#### 4.3. Elaborazione degli orientamenti

Dall'elaborazione dei dati in riferimento agli orientamenti risulta che l'analisi multivariata per prove ripetute fra le tre sommi-

nistrazioni è significativa (*Wilk's Lambda* 0.006). Nello specifico, nell'analisi del test univariata, che mette a confronto i vari orientamenti per le tre somministrazioni, è risultato significativo solo l'«orientamento al sé» (*Sphericity Assumed* 0,002). Ulteriore analisi è stata quella di indagare l'andamento delle tre somministrazioni per ogni Orientamento. Ne risulta che per l'«orientamento al sé» è risultato significativo il confronto della terza somministrazione con la prima (sig. 0,001; mentre il confronto fra le seconda somministrazione e la prima ha una sig. 0,062).

Si è anche valutato l'andamento degli «orientamenti» nelle tre somministrazioni:

- orientamento materialistico: nelle tre somministrazioni abbiamo un lieve incremento progressivo;
- orientamento al sé: nelle tre somministrazioni ha un andamento in diminuzione progressiva;
- orientamento agli altri: nelle tre somministrazioni ha un andamento in diminuzione progressiva;
- orientamento all'indipendenza: subisce una fluttuazione, nella prima somministrazione è alto, nella seconda si abbassa per rialzarsi nella terza somministrazione;
- orientamento alla sfida: nella prima somministrazione è alto, nella seconda si abbassa per rialzarsi poco nella terza somministrazione.

Nella successiva elaborazione degli orientamenti in riferimento alle variabili della sede e del periodo di somministrazione, l'unico dato importante è riferito al periodo della somministrazione che ha riportato una significatività *Wilk's Lambda*  $p=0,012$ . Nello specifico dall'analisi si evidenziano solo l'orientamento al sé che riporta valori significativi (*Sphericity Assumed*  $p=0,000$ ).

## 5. Discussione

Lo studio longitudinale è stato realizzato con lo scopo misurare come i valori professionali degli infermieri si orientano nel tempo dall'inizio del loro cammino professionale a tre anni di attività lavorativa. Il neoassunto infermiere entra nel mondo del lavoro pieno di energia e con forti aspettative verso la sua professione. Nel tempo però potrebbe

verificarsi un calo dei fattori stimolanti per la percezione di una certa abitudinarietà e rigidità nelle attività e nei processi interni, che possono ridurre il senso di partecipazione e di valorizzazione professionale. A tale fine, nella ultima somministrazione sarà introdotto un terzo questionario MBI (*Maslach Burnout Inventory*) per misurare quali sono i fattori stressanti rilevati agli infermieri nella propria attività lavorativa e il loro grado di percezione lavorativa.

Dalla elaborazione dei dati parziali sono state riscontrate delle differenze significative nelle tre somministrazioni solo per il *tipo sociale/socievole*, con la tendenza progressiva in diminuzione. Questa tipologia corrisponde alle persone attente al contatto con gli altri e alla qualità della relazione, a cui piace stare con la gente, che traggono realizzazione da queste relazioni perché gratificati dall'occuparsi degli altri e dei loro problemi. Inoltre, gli autori reputano questa tipologia, insieme a quella del *tipo tranquillo*, meglio adattata da un punto di vista convenzionale e conformista.

In riferimento alle tipologie, è stato riportata anche una differenza nelle prime due somministrazioni del tipo *duro*, caratterizzato dalla predilezione dell'attività resa interessante dal rischio, interessato alla valenza fisica.

In riferimento al confronto delle tipologie con la variabile periodo di somministrazione, sono risultati avere differenze significative solo il *tipo sociale/socievole* e il *tipo rampante* che ha al centro dei propri interessi obiettivi di avanzamento nella carriera, il prestigio e l'incremento del reddito che vengono percepiti da questa tipologia come indicatori di promozione sociale e acquisizione di uno *status*.

L'analisi relativa agli orientamenti – utile per una comprensione più sintetica e globale delle dinamiche valoriali, capaci di esprimere modi di intendere e di atteggiarsi a fronte della vita in generale e del lavoro in particolare – ha mostrato una differenza significativa nelle tre somministrazioni per le persone appartenenti all'*orientamento al sé*.

## 6. Conclusioni

Le singole persone cercano di perseguire una varietà di scopi e di valori nel pro-

prio lavoro: una remunerazione economica, un'identità, uno *status* sociale, un'autorealizzazione ed altro ancora. Lo studio dei valori inerenti al lavoro costituisce dunque un punto di osservazione adeguato per comprendere il significato che le persone attribuiscono al lavoro, la dinamica alienazione/coinvolgimento, la centralità o meno del lavoro nella vita.

I valori professionali vengono definiti dagli autori come gli scopi generali relativamente stabili che un individuo cerca di raggiungere mediante il lavoro. Da questa prima elaborazione parziale possiamo verificare che i valori professionali del campione esaminato hanno avuto differenze significative nelle tre somministrazioni per alcune tipologie e per un orientamento. Il *tipo sociale* evidenzia un calo della gratificazione nella qualità della relazione e contatto con gli altri, il *tipo duro* riporta un calo della soddisfazione della propria predilezione nell'attività fisica e del rischio e l'*orientamento al sé* evidenzia un calo dell'orientamento produttivamente centrato su di sé come concezione del lavoro come mezzo di autoespressione.

Da questi risultati possiamo ipotizzare che tali differenze siano imputabili a percezioni di fattori stressanti insorti nel lavoro stereotipato e abitudinario nel quale il neoassunto si è trovato a impegnare la propria professionalità, per problematiche organizzative tecniche di gestione dei tempi delle Uo di appartenenza.

Solo con l'ultima somministrazione, che avverrà a fine 2006, a distanza di tre anni dall'inserimento al lavoro degli infermieri appartenenti al campione, e con l'inserimento di un terzo questionario MBI (*Maslach Burnout Inventory*), potremmo andare a misurare nello specifico quali sono i fattori stressanti rilevati agli infermieri nella propria attività lavorativa e il loro grado di percezione lavorativa imputabili alla variazione dei valori professionali.

#### Note

1. L'Area vasta Romagna riunisce le quattro Ausl di Cesena, Forlì, Ravenna e Rimini, nonché le strutture sanitarie autonome che operano sul loro territorio.

## B I B L I O G R A F I A

- DUPONT J.B., LERESCHE G. (1982), «Définition et mesure des valeurs professionnelles chez les futurs bacheliers», *Bulletin de Psychologie*, 355, pp. 449-471.
- EVERS A. (1995), «La valutazione degli interessi e dei valori professionali nell'orientamento del lavoro», *Bollettino di psicologia applicata*, 215, pp. 3-10.
- LARCEBEAU S., «Intérêts, valeurs et choix professionnels», *L'orientation scolaire et professionnelle*, 11, pp. 341-354.
- SUPER D.E. (1981), «La percezione dell'importanza del lavoro», *Psicologia italiana*, 3, pp. 51-58.
- SUPER D.E. (1983), «Quality of life and the meanings and values of work», Relazione all'XI Congresso mondiale di orientamento, Firenze-Barga (Lucca), 19-24 settembre.
- TRENTINI G. (1995), *Valori e giovani: un confronto fra culture*, Il Cardo, Venezia.

#### Altri testi di riferimento

- BOERCHI D., CASTELLI C. (2000), *Inventario dei valori professionali*, Vita e pensiero, Milano.
- GELSEMA T.I., VAN DER DOEF M., MAES S., JANSSEN M., AKERBOOM S., VERHOEVEN C. (2006), «A longitudinal study of job stress in the nursing profession: causes and consequences», *Journal of Nursing Management*, 14, pp. 289-299.
- NOVARA F., SARCHIELLI G. (1996), *Fondamenti di psicologia del lavoro*, Il Mulino, Bologna.
- TRENTINI G., BELLOTTO M., MUZIO G.B., ZATTI A. (1999), *Manuale scala dei valori professionali WIS/SVP, Realizzazione italiana del Work Importance Study*, O.S. Organizzazioni Speciali, Firenze.

# Il reclutamento degli infermieri in formazione in Francia tra programmazione nazionale e bisogni locali

MARIE-THÉRÈSE RAPIAU, JEAN RIONDET, GUILLAUME BIOT-PAQUEROT

*Nursing shortages in France have led to different solutions in order to assure a satisfying care supply. The workforce planning and the processes of entrance into the professions constitute interesting subjects for understanding national and local behaviours and needs. The paper investigates individual and institutional variables explaining the success to enter into the French Training Institutes for Nurses.*

## Note sugli autori

Marie-Thérèse Rapiou, è Ingénieur de recherche au CNRS, UPMF CERAG (Centre d'Études et de Recherches Appliquées en Gestion)

marie-therese.rapiou@upmf-grenoble.fr

Jean Riondet, è Directeur de recherche, Hospices Civils de Lyon

jean.riondet@chu-lyon.fr

Guillaume Biot-Paquerot, Enseignant-chercheur, Groupe Sup de Co de La Rochelle / CEREGE-EA 1722 (Université de Poitiers)

biot@esc-larochelle.fr

L'adattamento italiano è stato curato da Carlo De Pietro - CERGAS, Bocconi

## 1. Introduzione

La regolamentazione del mercato del lavoro e delle professioni rende evidente la necessità di gestire le condizioni di ricambio e turnover di alcune competenze<sup>1</sup>. Quando le condizioni del mercato mostrano la insufficienza di alcune professionalità, le modalità per il rinnovo comprendono l'evoluzione e l'estensione delle competenze delle professioni, il trasferimento di compiti ad altre professioni, la creazione di nuove competenze per rispondere ai bisogni – vecchi o nuovi – della società e degli utenti. Si tratta, evidentemente, di politiche e scelte sia di breve termine, sia di medio-lungo termine.

In Francia il tema ha dato luogo a un ampio e articolato dibattito nel corso del tempo. In particolare, nel 2003 il rapporto «Cooperazione dei professionisti sanitari: il trasferimento dei compiti e delle competenze» commissionato dal Ministero della sanità e presentato dalla professoressa Berland (2003) ha avanzato alcune proposte che chiedono una nuova definizione della missione dei medici, mettendo in evidenza la necessità che – nel rinnovamento istituzionale e organizzativo del sistema sanitario francese – essi siano impiegati in modo ottimale e coerente «al loro livello di formazione». Questo rapporto ha guardato a esperienze nordamericane ed europee, proponendo uno studio prospettico che riconsidera la normativa riguardante la salute pubblica e il sistema sanitario più complessivo.

In un sistema sanitario nel quale le professioni chiave sono regolamentate e godono di monopoli legali sulle proprie attività (si-

## SOMMARIO

1. Introduzione
2. L'analisi al livello nazionale: penuria di professionisti o crisi del sistema?
3. Gli IFSI e le recenti riforme universitarie
4. Il concorso di accesso agli istituti di formazione in assistenza infermieristica
5. Il caso del concorso 2005
6. Discussione e conclusioni

tuazione che definiamo «mercato del lavoro chiuso»<sup>2</sup>), tutte le decisioni pubbliche, e in particolare quelle che concernono direttamente la gestione e il ricambio del personale, hanno un impatto rilevante. Nonostante gli effetti della globalizzazione stiano modificando in profondità l'assetto istituzionale dei sistemi sanitari e l'organizzazione e la gestione dei servizi, o anche le pratiche mediche in alcuni aspetti ben definiti, sembra però che le politiche e la gestione del personale rimangano strettamente collegate e dipendenti dalla regolamentazione dello Stato (Plane, 2003). Ciò porta a interrogarsi circa gli eventuali ostacoli che tale normativa pone alle evoluzioni richieste per la funzionalità e la flessibilità del sistema. Resta il fatto che la regolamentazione programma numeri e modalità di accesso alle professioni sanitarie, definendo le modalità di concorso di accesso alla professione medica e alle altre, tra le quali quella infermieristica.

Nel presente articolo l'attenzione è concentrata sull'accesso all'IFSI (Instituts de Formation en Soins Infirmiers) attraverso il concorso organizzato e gestito dai DDASS (Direzioni Dipartimentali degli Affari Sanitari e Sociali<sup>3</sup>). Il reclutamento negli IFSI si basa su prove concorsuali annuali attentamente regolamentate a livello nazionale. La politica nazionale definisce il numero di prove, le modalità del loro svolgimento, i punti assegnati a ciascuna parte di ciascuna prova, i numeri chiusi di ogni IFSI. Nei Dipartimenti le modalità pratiche e il reclutamento degli studenti si fanno localmente in ciascun istituto sotto il controllo di rappresentanti dello Stato.

Obiettivo dell'articolo è quello di capire quali sono le determinanti della riuscita alle prove concorsuali per l'ingresso agli IFSI. Al concorso possono accedere i diplomati, il personale di supporto in possesso di un diploma di Stato (*aide soignant*<sup>4</sup>) o anche il personale addetto ai servizi ospedalieri non in possesso di un diploma specifico (*agent des services hospitaliers*<sup>5</sup>). Il concorso dà accesso al corso di 37,5 mesi di studi e quindi permette di conseguire il Diploma di Stato in assistenza infermieristica.

La normativa professionale prevede che il Diploma sia condizione necessaria per la pratica professionale. Il concorso di accesso ai corsi costituisce, quindi, il principale stru-

mento di regolamentazione del mercato del lavoro infermieristico in Francia.

Il paragrafo 2 tratta l'offerta di lavoro e i problemi del sistema delle professioni. L'analisi dell'accesso agli IFSI permette infatti di guardare a due aspetti tra loro collegati. Da un lato, a quello della professione infermieristica e della sua «occupabilità». Dall'altro, a quello delle riforme dell'istruzione superiore, che pone a confronto la formazione IFSI con quella universitaria, oggetto di riforme in ambito europeo e oramai strutturata sullo schema laurea-master-dottorato.

Il problema di posizionamento della formazione infermieristica rispetto a quella universitaria del settore sanitario è affrontato nel paragrafo 3 in quanto ha un effetto in termini di diversa attrattività per il reclutamento degli studenti.

Infine, il paragrafo 4 procede a un'analisi quantitativa delle prove di concorso svolte in cinque istituti del Dipartimento del Rodano (con capoluogo Lione), che permette di verificare alcune ipotesi proposte dal dibattito e dai paragrafi precedenti.

## 2. L'analisi al livello nazionale: penuria di professionisti o crisi del sistema?

Questo paragrafo, concentrato sulle variabili legate al mercato del lavoro e all'impiego, permette di contestualizzare il concorso di accesso agli IFSI nel quadro più ampio del sistema sanitario che da tempo attraversa una lunga crisi di funzionamento e della «penuria di personale sanitario», in particolare infermieristico.

### 2.1. La crisi del sistema professionale?

Nel volume curato da De Kervasdoué (2003), la tesi di una crisi del sistema professionale in sanità è sviluppata grazie al contributo di sociologi, economisti e giuristi. Questo approccio multidisciplinare mostra che la crisi è presente, multiforme. Esso mostra anche che, nei tentativi di riforma, lo Stato non fa altro che rinforzare la rigidità del sistema, sia in termini di organizzazione, sia in termini di possibilità di esercizio professionale.

Le difficoltà funzionali si ripercuotono sulle condizioni di economicità, a causa del mantenimento – e semmai rafforzamento – dei livelli di protezione sociale già garantiti

in passato ai professionisti sanitari. Di fronte a ciò, il dibattito ondeggia tra analisi allarmate che parlano di un sistema che «collassa», di un deficit del sistema sanitario che si approfondisce, e posizioni di principio che negano i problemi di sostenibilità economica, come se fosse proibito parlare di «equilibrio tra risorse e spese». Tale dibattito, assai politicizzato, fa sì che le riforme non possano che essere limitate e, nonostante non mettano in discussione la struttura di fondo del sistema, danno inevitabilmente luogo a agitazioni e scioperi da parte dei medici e degli altri professionisti sanitari. Di più, in occasione di tali scioperi i professionisti sono appoggiati e sostenuti dagli utenti, col frequente risultato di ottenere una revisione delle tariffe professionali (il che ovviamente si riflette in aumenti delle compartecipazioni a carico dei pazienti). Nessuna risposta è invece fornita con riguardo alle nuove responsabilità dei professionisti né sull'obbligo di risultato che emerge dalle nuove norme relative ai diritti dei consumatori (Chaussard, 2005). Il datore di lavoro e il finanziatore del sistema resta la Sécurité sociale, e quindi il sistema sanitario statale. I «sintomi della crisi si gonfiano silenziosamente, prima di esplodere... un giorno» (Chaussard, 2005).

## 2.2. La carenza di professionisti sanitari

A fronte di tali elementi di crisi, le spiegazioni ufficiali da parte del ministero hanno il più delle volte puntato l'attenzione sul rallentamento della crescita economica e sul progressivo invecchiamento della popolazione (McGinnis e Moore, 2006). Ora, l'impatto dell'invecchiamento è conosciuto. Si stima che esso spieghi il 7% della crescita della spesa dal 2002, cioè meno dello 0,5% in valori assoluti. Il progresso tecnologico e l'invecchiamento non determinano che una parte limitata della crescita delle spese sanitarie e comunque meno di quanta ne determinino le politiche sociali o le debolezze nell'organizzazione. Tra le spiegazioni avanzate vi è anche quella della «carenza dei professionisti sanitari» (Rapiau, 2005), le cui ragioni sono dovute a una distribuzione territoriale diseguale, a una differenziazione nell'esercizio professionale che risponde a una domanda sempre più diversificata da parte dell'utenza, al raggiungimento dell'età pensionabile da

parte delle dense coorti professionali avviate nel dopoguerra e a una crisi più generale di ordine amministrativo ed economico. Certo, nella pratica medica esiste una carenza di professionisti, ciò nonostante non ci sono posti non ricoperti negli organici e il numero di professionisti è cresciuto nel corso dell'ultimo decennio, anche a seguito dell'allargamento dei numeri chiusi dei corsi di laurea in medicina e chirurgia. Lo stesso aumento è avvenuto nel caso della formazione per gli infermieri. Questo aumento di professionisti che si accompagna al perdurare di una percezione di penuria deriva dall'organizzazione del sistema e dalla rigidità burocratica dell'organizzazione ospedaliera. L'articolo di Holcman (2002) mostra che «è la disorganizzazione nella trasmissione delle informazioni e la sua validazione permanente che costituiscono un fattore di stress e di svuotamento per gli operatori che vi sono costretti [...]». È la disorganizzazione che ostacola l'utilizzo del tempo». Sulla penuria di personale, Holcman dice che essa risiede più «nell'incertezza che assorbe l'energia delle persone, in gran parte a causa dell'arcaismo dei modi di acquisizione e di trasmissione delle informazioni».

## 2.3. Il numero degli studenti in assistenza infermieristica

Nonostante la «penuria di personale infermieristico» sia un problema assai dibattuto in Francia, non è possibile stimarne l'entità! Uno dei censimenti effettuati dall'amministrazione centrale, certo assai impreciso a detta degli infermieri, concerne l'aumento del numero di posti disponibili definiti dal concorso di entrata al primo anno di corso e assegnato a ogni IFSI. Il numero di posti complessivi per i 322 IFSI, deciso a livello nazionale dal Ministero della sanità, è stato di 29.983 per l'anno 2003/2004 (Marquier, 2006). Gli effettivi delle matricole sono quasi raddoppiati in dieci anni. In parallelo, si osserva che i posti disponibili non sono effettivamente tutti usati, anche a causa delle difficoltà incontrate dagli studenti durante il corso di formazione, che danno luogo all'abbandono degli studi, a rientri dopo periodi di pausa, a bocciature durante il corso e all'esame di Diploma di Stato. Inoltre, da due anni il finanziamento degli Istituti preoccupa

i Consigli regionali che, nella loro rinnovata «responsabilità locale» sembrano scoprire gli IFSI e i loro studenti, a volte accordando anche aiuti economici agli studenti meno favoriti.

### 3. Gli IFSI e le recenti riforme universitarie

Il possibile posizionamento dell'offerta formativa per la professione infermieristica all'interno dello schema laurea-master-dot-torato (LMD) è oggetto di analisi e dibattito, ma la negoziazione resta da costruire all'interno di ciascuna università, dotata di ampi gradi di autonomia, e non è svolta a livello nazionale. Al contrario, attualmente il finanziamento e la gestione degli IFSI dipendono dai Consigli regionali, costituendo una situazione particolare e diversa rispetto all'offerta universitaria classica.

#### 3.1. La formazione infermieristica nello schema LMD: negoziazioni senza fine

Qual è l'impatto degli accordi europei firmati nel 1999 a Bologna in tema d'istruzione post-diploma? Da due secoli l'università francese è oggetto di critiche e al centro di un acceso dibattito, che verte sulla necessità e capacità di spostare la propria missione e i propri metodi dalla sola produzione di conoscenze alla trasmissione di saper fare. Data la poca fiducia che il potere politico poneva sulla capacità dell'università di fornirgli ingegneri fedeli e preparati, lo Stato ha istituito delle Grandes Écoles che forniscono ingegneri di Stato (Miniere, Ponti e strade, Politecnici). Nella stessa logica, un secolo più tardi sono stati creati gli organismi di ricerca nazionali indipendenti dalle università: CNRS, CEA, INRA, INSERM ecc.

Una delle finalità della riforma LMD è quella di perseguire un'omogeneizzazione a livello europeo dei diplomi e dei titoli di studio, favorendo anche il riavvicinamento al sistema universitario delle Grandes Écoles professionali ma anche delle scuole professionali sanitarie (IFSI) e sociali. Ciò ha dato luogo a negoziazioni che durano da molti mesi, dovute anche al fatto che quella infermieristica non è riconosciuta come professione autonoma (Acker, 2005). Ciò differenzia gli infermieri, ad esempio, dalla professione ostetrica, che gode di autonomia

piena. Così, ad esempio, dalla riforma degli studi in campo sanitario del 2002, il concorso di accesso è lo stesso per reclutare gli studenti di medicina e chirurgia, di kinesi-terapia e per la professione ostetrica. Il titolo di studio richiesto è quello del diploma professionale.

#### 3.2. Studi universitari e obiettivi dello schema LMD

Il prolungamento della durata degli studi universitari, l'aumento del numero di diplomi rilasciati e la globalizzazione degli studi sono certamente gli elementi che più hanno contribuito a modificare il settore della formazione nel corso degli ultimi quindici anni. Ma l'università francese ha dovuto ugualmente adattarsi ad un'evoluzione profonda nel pubblico dei diplomati: i titolari di diploma di scuola superiore sono passati dal 10% dei diciannovenni nel 1967 al 63% nel 2006 (80% se si considerano anche coloro i quali hanno il baccalaureato; cfr. [www.education.gouv.fr](http://www.education.gouv.fr)).

In effetti l'università ha dovuto rispondere a una domanda in rapidissima evoluzione nei volumi, ma in profonda trasformazione, anche per contenuti e qualità degli studi superiori assai più professionalizzati (creazione degli Instituts Universitaires de Technologie e poi degli Instituts Universitaires Professionnalisés nel 1992 e dei diplomi professionali alla fine degli anni novanta). Essa ha inoltre vissuto una crescente femminilizzazione degli studenti in alcune materie tradizionalmente frequentate da maschi, quali la medicina o l'ingegneria. Questi elementi fanno sì che il posizionamento degli studi infermieristici risulti in ritardo rispetto all'offerta universitaria generale.

Gli obiettivi della riconduzione della formazione infermieristica all'interno dell'università e della struttura LMD possono riassumersi nei seguenti:

- rendere più flessibili i percorsi di formazione e omogeneizzare le durate: tre, cinque e otto anni;
- rinforzare la chiarezza e l'armonizzazione dei titoli di studio per facilitarne l'equivalenza e il riconoscimento a livello europeo e mondiale e la possibilità di svolgere periodi di studio all'estero, grazie alla omogeneizzazione della durata dei corsi;

– allargare l’offerta di formazione universitaria, inserendovi anche la formazione di base e continua per le professioni sanitarie.

### 3.3. Lo schema LMD e gli IFSI

Lo schema LMD costituisce la nuova architettura di base per gli studi post diploma. All’interno di tale schema, se si considera l’area delle discipline sanitarie, i corsi brevi per esempio di assistente di studio medico (*délégué médical*) o di kinesiterapeuta o anche di ostetrica costituiscono condizione per la preparazione al concorso di ammissione al corso di laurea di medicina e chirurgia (possibilità prevista dalla riforma del 2002). Se il concorso non riesce, i candidati possono orientarsi verso altre scuole specifiche beneficiando comunque della formazione acquisita nei processi di selezione definiti dalle università e le scuole (colloqui, esame dei curricula, ecc.). La normativa vigente per l’insegnamento superiore riconosce, infatti, a ciascuna università piena autonomia nelle decisioni riguardanti le modalità di selezione, salvo applicare le regole nazionale di struttura e finanziamento dei programmi rientranti nello schema LMD.

In Francia, il baccalaureato dà accesso all’università. Come prima scelta, lo studente potrà iscriversi al concorso di ammissione del corso di laurea in medicina e chirurgia e, se egli non riesce, potrà iscriversi al concorso per l’entrata agli IFSI. Il fatto di riuscire brillantemente a passare il concorso di accesso alla formazione infermieristica comunque non significa poi confermare l’iscrizione e quindi entrare realmente nella professione.

## 4. Il concorso di accesso agli Istituti di formazione in assistenza infermieristica

Il concorso di entrata agli IFSI prevede tre prove: due prove scritte e un colloquio di fronte ad una commissione composta di tre persone tra le quali uno psicologo.

### 4.1. Le prove di esame

Il concorso di accesso ai corsi in assistenza infermieristica sono regolamentati a livello nazionale e gestiti a livello dipartimentale. Le prove scritte sono due: una di conoscenza generale organizzata attorno a cinque questioni

di attualità sanitaria o sociale, l’altra basata su test psico-tecnici. Ciascuna di queste due prove è associata a 20 punti. I candidati che ottengono meno di sette punti in almeno una prova non possono essere ammessi ai corsi. L’ammissione si ottiene passando il colloquio orale, il cui esito si cumula ai risultati delle due prove scritte. La graduatoria dà poi la possibilità alle scuole di selezionare.

Alcuni osservatori mettono in dubbio l’efficacia di un test di conoscenze generali svolto sulla base di cinque domande e meno di cento righe a disposizione per le risposte, dal momento che i candidati sono già in possesso di un baccalaureato. Altrettanto, c’è chi mette in dubbio la pertinenza di tale tipo di prove per selezionare persone che vogliono seguire studi in assistenza infermieristica.

### 4.2. Criteri di selezione per la professione

Il sistema scolastico francese prevede che ciascuno studente mantenga un proprio curriculum personale, in cui sono conservati giudizi e voti ottenuti trimestralmente oltre ai risultati dell’esame di baccalaureato. Tale norma è comune a scuole pubbliche e private, classi di preparazione ai concorsi, ecc. Alcune facoltà di ingegneria da circa dieci anni selezionano i propri studenti sulla base di tale documentazione, optando così per una modalità di selezione molto più semplice da un punto di vista materiale, organizzativo ed economico rispetto ai tradizionali sistemi basati su test. Ma tutte queste scuole di ingegneria hanno mantenuto il colloquio per i candidati selezionati su curriculum (e tali colloqui sono divenuti più lunghi e complessi per tutti i corsi di laurea di ingegneria o di economia). Si tratta, dunque, di un sistema di colloqui e di reclutamento di tipo professionale, assai distante dal valutare le sole motivazioni per lo studio.

Nel caso di percorsi formativi «professionalizzanti», i criteri di selezione su curriculum e colloquio devono basarsi sull’andamento scolastico, ma soprattutto sulla prova di capacità o qualità richieste dall’esercizio dei lavori per i quali i corsi sono pensati e offerti. Si tratta, in altri termini, di verificare condizioni di «impiegabilità», per come definite dall’organizzazione mondiale del lavoro nel 2000 e dalla letteratura. Nel caso dei futuri infermieri, si tratta di verificare la

presenza di attitudini per seguire studi che prevedono un'alternanza tra IFSI e ospedale. Per le prove di accesso alla professione è dunque opportuno prevedere modalità capaci di selezionare criteri di personalità e/o di motivazione e/o di capacità logica e metodologica (analisi, sintesi, restituzione).

#### 4.3. Posizionamento della formazione infermieristica all'interno dell'offerta universitaria

L'analisi dei candidati ai concorsi per l'ammissione agli IFSI descrive le caratteristiche dei futuri infermieri generalisti e specialisti in Francia, così come dei coordinatori e dei responsabili di molti servizi territoriali o amministrativi. Essa può fornire informazioni utili nel tentativo di migliorare l'attrattività dei corsi e della professione infermieristica, rendendoli oggetto di una prima scelta – e non di una seconda scelta – da parte dei diplomati. Nel corso di un *focus group*, la principale motivazione della scelta è stata del tipo «dal momento che non potevo... [fare qualche altra cosa] ... allora ho provato il concorso perchè mi hanno detto che c'è lavoro!».

Un numero crescente di giovani ottiene il baccalareato e prosegue poi con gli studi superiori. Ciò ha completamente cambiato il comportamento dei giovani che richiedono studi post-diploma. Ma tale mutazione non richiederebbe una parallela rivisitazione dell'offerta (scuole, equivalenze e sistema LMD), visto che i giovani seguono in primo luogo dei percorsi molto selettivi al primo anno di studi post-diploma? Quindi, questi ultimi si iscrivono ai concorsi di accesso di medicina e chirurgia, kinesiologia, professione ostetrica, soprattutto se sono in possesso di una maturità scientifica e anche se hanno già superato il concorso per gli studi infermieristici. Di conseguenza, una migliore conoscenza dei percorsi di selezione IFSI permetterebbe di meglio riconoscere e selezionare le caratteristiche individuali e scolastiche dei candidati compresi gli adulti che volessero entrare nella professione, così come le condizioni istituzionali che facilitano la riuscita negli esami di ammissione. Questo «effetto istituzione» (Rapiau e Stephan, 2001), studiato dagli economisti dell'educazione, permette di determinare se un

Istituto ha un'influenza o meno sulla riuscita all'esame di entrata, visto che l'iscrizione e il concorso si fanno nell'IFSI presso il quale si vorrebbero proseguire gli studi. Per esempio, nello studio di caso considerato nel Dipartimento del Rodano, alcune scuole lasciano iscrivere agli esami un numero di candidati che va da tre a nove volte il numero chiuso stabilito. Alla fine, il numero di studenti viene raggiunto a seguito di numerose rinunce da parte dei promossi e quindi andando a ripescare esaminati restati in lista di attesa presso l'istituto nel quale hanno sostenuto l'esame o in altri IFSI.

## 5. Il caso del concorso 2005

### 5.1. I fattori che spiegano la riuscita al concorso

La seguente analisi si basa sulle teorie dell'utilità dell'organizzazione e della gestione per processi sviluppate da Clareverane e Pascal (2004). La banca dati del concorso 2005 IFSI del Dipartimento del Rodano comprende 1.600 candidati che hanno fatto il concorso ripartiti in cinque scuole.

Un po' più del 10% dei candidati che si presentano agli esami sono maschi; più della metà risiede nel Dipartimento del Rodano, un terzo in Dipartimenti vicini (Ain, Isère, Loire et Saône e Loire) e il resto in altri Dipartimenti. Più di un terzo dei candidati ha frequentato corsi di preparazione al concorso. Per quel che concerne l'età, si tratta di un concorso aperto ai giovani diplomati sia come prima scelta, sia a seguito di un riorientamento degli studi. Si può inoltre notare che il 10% della popolazione studiata è composta di persone già attive in campo sanitario (personale di supporto in possesso di un diploma di Stato o addetti ai servizi ospedalieri; cfr. note 4 e 5), di un'età compresa tra i 32 e i 48 anni. Inoltre abbiamo analizzato l'impatto delle caratteristiche istituzionali sulla performance dei candidati. Queste variabili definiscono lo statuto dell'istituzione (pubblico o privato), la sua capacità di accoglienza al primo anno (grande = più di 150 studenti: media = tra 91 e 150 studenti; piccola = fino a 90) e la localizzazione (Lione città o fuori).

## 5.2. Analisi statistica

L'analisi è svolta sui candidati al concorso dei cinque IFS del Dipartimento del Rodano, ossia 1.600 candidati per 400 posti al primo anno.

L'analisi statistica ha permesso di rilevare correlazioni tra le variabili del campione e di sopprimere la variabile sesso, fortemente correlata con le altre variabili, in particolare con il tipo di diploma. Abbiamo fatto ricorso a correlazioni non parametriche (tasso B di Kendall) per misurare le variazioni delle variabili metriche. In un secondo tempo abbiamo utilizzato dei modelli probabilistici non lineari (modello logit) per misurare l'impatto delle variabili individuali e delle variabili istituzionali sulla probabilità di riuscita al concorso (Jolibert, Jourdan, 2006).

Il primo modello di regressione logistica indica che, *coeteris paribus*, l'insieme delle variabili individuali considerate è significativo. Esse permettono di spiegare il 9,7% della varianza spiegata (**tabella 1**).

La variabile «preparazione al concorso» è molto significativa e il fatto di «essere preparato» aumenta la probabilità di riuscita dei candidati di più del 34%. Per contro, si può notare che il fatto di avere un'età maggiore e perciò di essere già occupato in un'attività nel settore sanitario (*aide-soignant* ecc.) implica all'incirca un 65% di riuscita in meno rispetto ai candidati più giovani senza esperienze lavorative. Inoltre, il fatto di essere in possesso di un titolo di baccalaureato tecnologico (STL, STT, STI) o di un titolo equivalente riduce a un terzo in media le possibilità di riuscita al concorso.

Oltre alle caratteristiche individuali, il modello prende in considerazione le caratteristiche istituzionali degli IFSI: statuto pubblico o privato, capacità di accoglienza e localizzazione (**tabella 2**). Tali variabili spiegano

il 16,1% della probabilità di successo all'interno del nostro campione. Ad eccezione del carattere pubblico/privato degli stabilimenti, esse non hanno alcuna influenza sulle probabilità di riuscita.

Al contrario, il carattere pubblico degli istituti implica circa il 50% in meno di tassi di riuscita rispetto a quelli dei candidati iscritti agli esami svolti negli istituti di diritto privato.

## 6. Discussione e conclusioni

1. La procedura concorsuale riesce a selezionare «i buoni candidati» secondo la logica sottostante al tipo di prove previste e alla loro sequenza. Tuttavia spesso i candidati che sono risultati tra i primi in graduatoria non confermano l'iscrizione (cioè abbandonano la formazione infermieristica) e gli IFSI devono quindi ripescare tra gli idonei in posizioni inferiori sulle graduatorie, per poter riempire i posti disponibili per le immatricolazioni. Uno studio è in corso di svolgimento per capire meglio le ragioni e le caratteristiche individuali legate agli abbandoni.

2. La visibilità della formazione infermieristica aumenterebbe se fosse collocata all'interno del sistema universitario. Ciò implicherebbe una migliore attrattività sui potenziali studenti (i candidati). Si potrebbe così giocare di anticipo sul reclutamento dei futuri professionisti di domani e, quindi, nel medio-lungo periodo, dei quadri intermedi del settore sanitario. La riconduzione all'interno del sistema universitario non significa un semplice miglioramento del diploma attraverso un aumento delle ore di formazione, o una mera ridenominazione come «laurea» della formazione già esistente, ma potrebbe costituire una vera strategia di reclutamento dei futuri professionisti per gli ospedali, per-

	Coefficiente B (*** soglia di significatività 1%)	Exp(B)
Corso di preparazione	0,295 ***	1,343
Età maggiore di 32 ans	- 1,062 ***	0,346
Tipo di baccalaureato STL, STT, STI	- 1,025 ***	0,359
R <sup>2</sup> de Nagelkerke: 0,097	N: 1.609	
-2LL : 1.665,84		

**Tabella 1**

I fattori individuali

Fonte: Concorso d'entrata ai 5 IFSI del Dipartimento del Rodano - 2005

**Tabella 2**

I fattori istituzionali

Fonte: Concorso d'entrata ai 5 IFSI del Dipartimento del Rodano - 2005

	<b>Coefficiente B</b> (*** soglia di significatività 1%)	<b>Exp(B)</b>
Istituto pubblico	-0,614 ***	0,541
Capacità dell'istituto		
Media	-0,049 (ns)	-
Lyon	-0,147 (ns)	-
Preparazione	0,919 ***	2,508
Età maggiore di 32 anni	-0,769 ***	0,463
Tipo di baccalaureato STL, STT, STI	-0,659 ***	0,517
R <sup>2</sup> de Nagelkerke: 0,161	N: 1.609	
-2LL : 1.598,79		

ché essi possano così disporre di un bacino di approvvigionamento più sicuro ma anche di un'opportunità per sviluppare competenze più specialistiche e articolate.

3. La probabilità di riuscire al concorso di accesso agli IFSI considerati nello studio è, *coeteris paribus*, riconducibile alle caratteristiche individuali. Il fatto di aver seguito un corso di preparazione al concorso aumenta le possibilità di riuscita, così come il fatto di essere giovani (avere più di 32 anni ed essere già impiegati nel settore sanitario riduce infatti la probabilità di riuscita). Essere titolare di un baccalaureato tecnologico (STL, STT, STI) riduce a un terzo le probabilità di riuscita. Infine, il fatto di iscriversi al concorso in un istituto privato implica il 50% in più di probabilità, il che conferma il peso delle variabili istituzionali già segnalato nella letteratura di economia dell'educazione.

4. L'insegnamento superiore di massa ha cambiato i comportamenti dei diplomati. L'offerta si è modificata soprattutto per l'aumento di posti alle classi preparatorie ai concorsi delle Grandes Ecoles, alle facoltà di ingegneria e di economia (Biot-Pasquerot, 2006), mentre l'offerta di formazione infermieristica è restata meno appetibile non essendo stata integrata all'interno del sistema universitario e delle facoltà di medicina.

5. In generale, ci si può interrogare circa l'efficacia dei concorsi di accesso alla formazione infermieristica per come essi vengono attualmente gestiti. In primo luogo,

essi risentono di un alto tasso di abbandono (cioè non conferma delle iscrizioni) da parte dei candidati che hanno ottenuto i risultati migliori e, quindi, i primi posti in graduatoria. Ciò può pregiudicare nel futuro la disponibilità di professionisti di qualità, che siano pronti a svolgere un ruolo di maggiori responsabilità rispetto alle odierne. Il fatto che la responsabilità della pianificazione sia rimasta al livello nazionale potrebbe inoltre comportare difficoltà nel gestire i bisogni locali del sistema e trovare soluzioni ai problemi contingenti che esso incontra sul campo.

### Note

1. Per una definizione e una trattazione del concetto di competenze, cfr. Zarifian (1999).
2. Cfr. Paradeise (1988).
3. Le DDASS sono presenti in ciascuno dei 100 dipartimenti in cui è divisa la Francia. Esse sono amministrazioni periferiche dello Stato con responsabilità in campo sanitario (assistenza ospedaliera, politiche di salute pubblica, gestione del sistema professionale, salute ambientale), sociale (sistemi per la gestione delle urgenze sociali, accoglienza e integrazione degli immigrati, servizi di accoglienza per i richiedenti asilo politico, monitoraggio dei centri di accoglienza e reinserimento sociale) e socio-sanitario (monitoraggio dei centri residenziali e semi-residenziali per disabili e anziani).
4. Si tratta di una figura professionale regolamentata che si dedica principalmente a soddisfare i bisogni dei pazienti quali il lavarsi, li vestirsi, il mangiare.
5. L'ASH si occupa della gestione dei locali, dell'igiene, del ricambio del materiale alberghiero dell'ospedale e dei trasporti dei pazienti. Egli non effettua prestazioni dirette sul paziente.

## B I B L I O G R A F I A

- ACKER F. (2003), «Les infirmières: une profession en crise?», in J. DE KERVASDOUE (a cura di), *La crise des professions de santé*, pp. 282-306, Dunod, Paris.
- ACKER F. (2005), «Les reconfigurations du travail infirmier à l'hôpital», *Revue des Affaires Sociales*, 1, pp. 161-182.
- BERLAND Y. (2003), *Coopération des professions de santé: le transfert de tâches et de compétences*, Rapport presentedo al Ministro della Sanità, Parigi.
- BIOT-PAQUEROT G. (2006), *L'offre de formation des Universités: une analyse par la théorie de l'architecture organisationnelle*, Thèse de Doctorat en Sciences de Gestion, IAE/Université de Bourgogne.
- CHAUSSARD J.-P. (2005), «Le contrôle des pratiques médicales en France», *Revue des affaires sociales*, 1, pp. 303-306.
- CLAVERANE J.-P., PASCAL C. (2004), «Repenser les processus à l'hôpital: une méthode au service de la performance», *Economica*, Paris.
- DE KERVASDOUE J. (a cura di), *La crise des professions de santé*, Dunod, Paris.
- HOLCMAN R. (2002), «Quelle spécificité de l'organisation du travail dans les services de soins?», *Gestions Hospitalières*, décembre.
- JOLIBERT A., JOURDAN P. (2006), *Marketing research*, Dunod, Paris.
- MARQUIER R. (2006), *Les étudiants en soins infirmiers en 2004*, Direction de l'Evaluation et des Statistiques, Ministère de la Santé, Paris.
- MCGINNIS S., MOORE J. (2006), «The impact of the aging population on the health workforce in the United States: summary of key findings», *Cahier de sociologie et de démographie médicale*, 46(2), pp. 193-220.
- PARADEISE C. (1988), «Les professions comme marché du travail fermé», *Sociologie et sociétés*, 2, pp. 2-22.
- PLANE J.-M. (2003), *La gestion des ressources humaines*, Economica, Paris.
- RAPIAU M.-T. (2005), «Pénurie de professionnels soignants: innovations et responsabilité», paper presentato alla Conferenza ALASS, Montreal.
- RAPIAU M.-T., STEPHAN N. (2001), «Évaluation institutionnelle comparée: le cas des formations professionnelles tertiaires de services aux personnes», *Les dossiers des sciences de l'éducation*, n° spécial «Évaluation et valorisation institutionnelles», 6, pp. 45-57.
- ZARIFIAN P. (1999), *Objectif compétence. Pour une nouvelle logique*, Liaisons, Paris.

**Rivista aperta a contributi**

Mecosan, la cui redazione è curata dal CERGAS, Centro di Ricerche sulla Gestione dell'Assistenza Sanitaria, è una rivista aperta al contributo di chiunque desideri offrire testimonianze, opinioni, notizie e resoconti di studi e ricerche che abbiano attinenza con i temi dell'economia e della gestione manageriale delle aziende e dei sistemi sanitari, che abbiano il requisito dell'originalità e siano volti a privilegiare il valore dell'innovazione. La lingua ammessa è l'italiano.

**Condizioni essenziali per la considerazione dei manoscritti e l'ammissione al referaggio**

Non saranno considerati ed ammessi al referaggio i contributi che non rispettano le seguenti condizioni: 1) i manoscritti sottoposti a Mecosan non devono essere già stati pubblicati o presentati per la considerazione presso altre riviste;

2) i manoscritti devono rispettare gli standard di struttura, abstract, note, tabelle, riferimenti bibliografici precisati di seguito.

Gli autori sono invitati a rispettare le richieste relative alla forma e allo stile per minimizzare ritardi e necessità di revisione. Inoltre, allo scopo di garantirne l'anonimato nel processo di referaggio, gli autori stessi dovrebbero evitare ogni riferimento che ne possa consentire l'individuazione.

**Invio del manoscritto**

Il manoscritto dovrà essere presentato alla rivista sia su copia cartacea sia su file.

La copia cartacea va spedita a:

Redazione Mecosan  
CERGAS, Università L. Bocconi, Viale Isonzo, 23 - 20135 Milano

La copia sul file va inviata alla casella e-mail: [mecosan@uni-bocconi.it](mailto:mecosan@uni-bocconi.it)

**Formato e stile**

Carattere: times new roman 12

La prima pagina dovrà contenere: 1) il titolo che non superi le novanta battute, 2) i nomi degli autori, 3) i loro titoli e le istituzioni di appartenenza, 4) l'indicazione dell'autore che curerà la corrispondenza e il suo indirizzo completo, 5) eventuali ringraziamenti.

Nella seconda pagina compariranno l'abstract in inglese (massimo 120 parole) e il Sommario che deve essere breve ed indicare solo il primo livello dei paragrafi, preceduti da numeri arabi seguiti dal punto. (Esempio: SOMMARIO: 1. Introduzione - 2. Parte prima - 3. Parte seconda - 4. Conclusioni - 5. Appendici).

Si richiede uno stile lineare e scorrevole e il testo inviato deve essere già stato sottoposto al controllo ortografico. È raccomandato l'utilizzo della forma impersonale.

**Titoli dei paragrafi**

Preceduti dai numeri arabi seguiti dal punto. È previsto un solo livello di sottoparagrafi. Altre partizioni saranno segnalate da un solo titolo privo di numerazione e in corsivo.

Esempio: **1. La programmazione nelle aziende**

1.1. Gli attori del processo

*Il ruolo della direzione amministrativa*

**Tabelle, grafici e figure**

Devono essere richiamati nel corso degli articoli con riferimenti puntuali e forniti in stampa separata dal testo e in un file diverso con un titolo. Si ricorda agli autori che Mecosan è una rivista in bianco e nero, dunque non saranno accettati articoli che contengono figure a colori. Le rappresentazioni grafiche saranno accettate a condizione che siano accompagnate da tabelle numeriche riportanti i dati di riferimento.

**Note**

Con richiami numerici. Se ne consiglia la brevità ed è preferibile che non vi compaiano lunghe ed eccessive citazioni o riferimenti bibliografici.

**Lunghezza articoli**

Indicativamente i saggi dovranno essere tra le cinquemila e le diecimila parole, per le altre sezioni si consiglia di non eccedere le settemila parole.

**Riferimenti bibliografici**

Si devono effettuare con il sistema autore-data (e non con i numeri progressivi) nel corpo del testo o in nota secondo la seguente forma: (Borgonovi, 2000). Le indicazioni corrispondenti si devono riportare alla fine dell'articolo nella bibliografia, dopo le note, in ordine alfabetico, secondo il seguente esempio:

**Monografie**

BORGONOV E. (2000), *Principi e sistemi aziendali per le amministrazioni pubbliche*, Egea, Milano.

BRUNETTI G. (1979), *Il controllo di gestione in condizioni ambientali perturbate*, Milano: Franco Angeli.

**Pubblicazioni con più autori**

BRUNS W.J., KAPLAN R.S. (a cura di) (1987), *Accounting and Management: Field Study Perspectives*, Boston, MA: Harvard Business School Press.

**Saggi in pubblicazioni**

KAPLAN R.S. (1985), «Accounting lag: the obsolescence of cost accounting systems», in K. Clark, C. Lorenze (a cura di), *Technology and Productivity: the Uneasy Alliance*, Boston, MA: Harvard Business School Press, pp. 195-226.

**Articoli in riviste**

MENEGUZZO M., DELLA PIANA B. (2002) «Knowledge management e p.a. Conciliare l'inconciliabile?», *Azienda pubblica*, 4-5, pp. 489-512.

**Rapporti/Atti**

OECD (1999), *Principle of corporate Governance*, Paris: OECD.

**Non pubblicati**

ZITO A. (1994), «Epistemic communities in European policy-making», Ph.D. dissertation, Department of Political Science, University of Pittsburgh.

Per citazioni multiple dello stesso autore e nello stesso anno, far seguire a, b, c, ecc. all'anno.

I testi non citati nell'articolo che eventualmente si vorranno segnalare dovranno essere inseriti in una bibliografia separata.

# Soddisfazione rispetto al lavoro e turnover dei medici nel «Programa de Saúde da Família»

CLAUDIA VALENTINA DE ARRUDA CAMPOS, ANA MARIA MALIK

*The Family Health Program, contracted out by public administration to non profit organizations, is one of the main component of the public healthcare system in Brasil. The program, prevention oriented, is focused on the families and local communities. The turnover of physicians is a problem because the link between the doctor and the community is a key element for the success of the program. An analysis has been carried out in order to understand the correlation between the degree of job satisfaction and the turnover among physicians. The results confirmed the existence of a positive correlation between satisfaction and stability on the job.*

## Note sugli autori

Claudia Valentina de Arruda Campos, Ana Maria Malik  
Escola de Administração de Empresas de São Paulo da Fundação Getulio Vargas - EAESP-FGV  
claudia\_valentina@hotmail.com  
anamalik@fgvsp.br

L'adattamento italiano è stato curato da Simona Bartoli - CER GAS, Bocconi

## 1. Introduzione

Iniziato nel 1994, il programma Salute della Famiglia è diventato, a partire dal 1998, la principale strategia del governo per attuare l'assistenza di base in Brasile. Il programma si è diffuso rapidamente nei piccoli centri, mentre ha incontrato maggiori difficoltà nei grandi centri urbani. Queste sono state generate sia per le modalità di finanziamento, che hanno finito per privilegiare le piccole città, sia per la mancata previsione di differenti modalità attuative in ambienti a maggiore complessità e con un gran numero di specialisti (Brasil, Ministério da Saúde, 2002a).

Il programma ha avuto uno sviluppo molto rapido. Dal 1994 al 2004, il numero dei *team* è passato da 328 a 20.822. Nel luglio del 2004, su 5.561 Comuni brasiliani 4.701 (84,55%) avevano adottato il programma fornendo assistenza a circa il 38,3 della popolazione del Paese (Brasil, Ministério da Saúde, 2004b).

Diversamente da quello che avveniva nel resto del Paese, nel quale il programma si sviluppava su base comunale, a San Paolo, Comune con una popolazione di circa 11 milioni di abitanti, il PSF fu avviato dal governo dello Stato nell'anno 1961. Nel 2001, l'Assessorato alla salute del Comune ha assunto la responsabilità del programma e ha cominciato ad attuarlo attraverso 12 istituzioni partner (IP) che, congiuntamente all'assessorato, sono responsabili della definizione ed attuazione delle politiche del personale rivolte ai professionisti che partecipano al programma.

Il modello di tutela della salute proposto dal PSF ha tra le sue priorità la prevenzione, la promozione e il recupero della salute. Il

## SOMMARIO

1. Introduzione
2. Come le istituzioni partner hanno implementato il PFS nel Comune di San Paolo
3. Obiettivi e metodi
4. Risultati
5. Conclusioni

suo obiettivo è quello di integrare la tradizionale rete di assistenza di base e garantire una attenzione complessiva alla salute della famiglia. Le Unità di salute della famiglia devono essere integrate con la rete dei servizi e rappresentare il punto di accesso al Sistema unico di salute (SUS). Ogni Unità di salute della famiglia ha un riferimento territoriale attraverso l'iscrizione dei pazienti. Le Unità sono composte da *Équipe di Salute della famiglia* (ESF) responsabili della presa in carico della popolazione che risiede in una certa zona. Nel modello di funzionamento il *focus* è sulla famiglia e sulla comunità e viene particolarmente valorizzato il rapporto tra i professionisti e la popolazione. La composizione minima di una ESF vede la presenza di un medico generalista, un infermiere, un infermiere ausiliario e da due a sei operatori di salute di comunità. Questi ultimi devono risiedere necessariamente nel territorio interessato e sono responsabili del rapporto tra la ESF e la popolazione.

È compito del medico del PSF fornire assistenza complessiva a individui in diverse fasce di età, essendo responsabile del loro stato di salute. L'idea è che egli riesca in questo compito estendendo la sua attenzione ai fattori emotivi, familiari e sociali che influenzano lo stato di salute, oltre che presidiare adeguatamente la prevenzione. Deve realizzare interventi non solo assistenziali ma, insieme agli altri componenti dell'*équipe*, educativi e sociali, deve inoltre partecipare alla programmazione e organizzazione del lavoro dell'*équipe*. La continuità dei membri dell'*équipe*, e specialmente del medico, è considerata uno dei fattori critici di successo per il programma. Nonostante la percezione dell'esistenza di un *turnover* tra i medici, vi sono pochi dati sul fenomeno (Brasil, Ministério da Saúde, 2002a; Brasil, Ministério da Saúde, 2004a).

Sono state formulate alcune ipotesi sui fattori che influenzano il *turnover* dei medici del PSF. Le ipotesi possono essere raggruppate nelle seguenti categorie: tipo di contratto, profilo del medico PSF e condizioni di lavoro.

L'espansione del programma è avvenuta in un periodo di marcata tendenza alla flessibilizzazione dei rapporti di lavoro nel settore pubblico del Brasile, con forme contrattuali molto variegate. Nel SUS tale tendenza ha

assunto la forma di un aumento nella «terziarizzazione del rapporto»: l'operatore pubblico ha iniziato a reperire gli operatori non più direttamente ma attraverso altre organizzazioni. Una delle ipotesi sollevate è che l'alto numero di contratti temporanei ha condotto ad una elevata mobilità dei medici (Brasil, Ministério da Saúde, 2002a; Machado, 2002; Dal Poz, 2002; Girardi, Carvalho, 2003).

La carenza di medici con un profilo adeguato è spesso segnalata come una delle difficoltà nell'attuazione del PSF. Inchieste realizzate con i responsabili di grandi Comuni hanno indicato come l'assunzione di un largo numero di medici neolaureati sia uno dei fattori potenzialmente correlati alla mobilità. Dopo un breve periodo di tempo, essi abbandonavano il lavoro per frequentare la specializzazione. Nella stessa inchiesta, i medici assunti dal programma sono stati descritti o come giovani e disoccupati, o come anziani già pensionati, con profili difficilmente adattabili al lavoro richiesto, condizione che potrebbe spiegare l'elevato *turnover* (Brasil, Ministério da Saúde, 2002a).

In teoria, il PSF prevede che il medico sia un generalista o un medico di famiglia. In pratica, si osserva che vi sono molti professionisti con bassa qualificazione e una pluralità di compiti. Indagini sui profili dei medici e infermieri del PSF hanno dimostrato come, nel 1999, soltanto il 36,7% dei medici assunti nel programma avevano una qualche specializzazione, una percentuale bassa se confrontata alla media nazionale intorno al 75% (Machado, 2002).

L'alta mobilità trova spiegazione anche in altri fattori, quali il sovraccarico di lavoro, difficoltà strutturali come la mancanza di farmaci e altri materiali, l'insicurezza generata dalla mancanza di una specializzazione adeguata per ricoprire il ruolo di medico generalista (Cappozzolo, 2003).

La necessità di tornare a rendere attraente il PSF per i medici ha portato alcuni gestori ad attuare specifiche strategie di attrazione e ritenzione dei professionisti centrate su migliori livelli retributivi e supporto allo sviluppo delle competenze professionali.

La retribuzione dei professionisti nel programma era superiore rispetto a quella di molti specialisti nel settore pubblico o privato. Una indagine nazionale realizzata nel 2001 ha verificato che le retribuzioni pagate

ai professionisti erano in media superiori del 76% rispetto al mercato del lavoro, intorno a quattro mila *reais* (circa mille e trecento euro in valori 2006). Sebbene la retribuzione sia uno degli elementi di attrazione per i medici che potrebbero essere reclutati dal programma, nessuno può garantire la loro stabilità. Per alcuni autori il livello retributivo offerto ai medici dal PSF è una forma di compensazione per la precarietà del rapporto (Dal Poz, 2002; Brasil, Ministério da Saúde, 2002a; Girardi, Carvalho, 2003).

Per quanto riguarda lo sviluppo delle competenze professionali, la percezione che i medici non avessero una adeguata formazione professionale per garantire una risposta complessiva ai bisogni, in linea con gli obiettivi del PSF, ha portato il Ministero della salute a considerare l'educazione permanente dei professionisti come una delle sfide centrali per il successo del programma. Per affrontare il problema nel 1996 il Ministero convocò alcune istituzioni di insegnamento perché presentassero progetti di sviluppo e formazione per i professionisti del PSF. Già nel 2001 vi erano 30 poli per lo sviluppo, formazione ed educazione permanente per il personale del programma nei 27 Stati del Brasile (Brasil, Ministério da Saúde, 2002b).

## 2. Come le istituzioni partner hanno implementato il PFS nel Comune di San Paolo

Nel Comune di San Paolo la storia del PFS si può dividere in due momenti: dal 1996 al 2001 il governo dello Stato ha attuato nel Comune il *Progetto Qualità Integrale nell'Assistenza Sanitaria* sostanzialmente analogo al PSF. Dopo il 2001, con il trasferimento delle responsabilità per la sanità ai Comuni, l'attuazione del PSF è stata trasferita all'assessorato comunale.

Nel 1996 il Ministero della salute conclude la prima *partnership* con la casa di cura Santa Marcellina, utilizzando lo strumento della convenzione. Nell'anno seguente fu firmata un'altra convenzione con la Fondazione Zerbini per coprire una differente zona del Comune.

Il modello di convenzionamento utilizza e rifletteva una *partnership* tra il governo e organizzazioni *non profit* vocate all'offerta di servizi nell'area della salute, fondazioni e organizzazioni sociali. Alla base della scelta

vi era una valutazione da parte del governo secondo la quale la gestione dei servizi attraverso organizzazioni *non profit* avrebbe assicurato al programma maggiore flessibilità gestionale ed amministrativa. Nel modello proposto, i partner gestiscono il progetto integralmente con una struttura centrale incaricata della pianificazione, supervisione e valutazione del programma. Insieme alle strutture tecniche del governo, i partner identificano le aree territoriali che le *équipe* devono coprire, reclutano le *équipe* tecniche e gli operatori di comunità e provvedono alla loro formazione professionale. I progetti sono stati totalmente finanziati con risorse pubbliche, mentre le organizzazioni convenzionate hanno provveduto alla gestione delle risorse, all'approvvigionamento dei beni necessari, al reclutamento del personale e al loro funzionamento. I professionisti sono stati assunti in regime di impiego privato e selezionati attraverso l'analisi dei curriculum e interviste.

Come già segnalato a partire dal 2001, con la «comunalizzazione» del sistema sanitario, le convenzioni e gli accordi passano sotto la responsabilità del governo locale. Il numero delle organizzazioni partner viene aumentato passando da due a dodici, mentre lo strumento giuridico diviene il contratto di fornitura di personale per lo svolgimento del programma.

Le tipologie di organizzazioni coinvolte sono di varia natura. La *Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Hospital Albert Einstein* ha al suo centro un ospedale che presta assistenza di alta complessità sostanzialmente rivolta alle classi abbienti. La *Associação Congregação Santa Catarina*, la *Casa de Saúde Santa Marcelina* e la *Santa Casa de Misericórdia de São Paulo* sono entità legate agli ordini religiosi, conosciute per la qualità dell'assistenza fornita a utenti provenienti da diverse classi sociali e anche per gli interventi nell'area educativa. La *Organização Santamarense de Educação e Cultura*, la *Universidade Federal de São Paulo* e la *Fundação Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo* sono tutte organizzazioni che operano nel campo dell'istruzione universitaria. L'*Instituto Adventista de Ensino* opera nel settore della formazione tecnica, mentre la *Associação Comunitária Monte Azul*, la *Associação Saúde da Família*

e il *Centro de Estudos e Pesquisa Dr. João Amorim* sono Ong che si occupano dell'assistenza alle persone disagiate. Il numero complessivo di operatori reclutati da queste organizzazioni per l'attuazione del programma era, nel 2004, di 7.596 unità, di cui 668 medici generalisti.

### 3. Obiettivi e metodi

L'obiettivo generale dello studio è quello di identificare i principali fattori che conducono alla rotazione dei medici generalisti del PSF nel Comune di San Paolo. Gli obiettivi specifici sono quelli di valutare il grado di soddisfazione nel lavoro dei medici generalisti, il loro tasso di mobilità, la correlazione tra queste due variabili.

Sono stati raccolti dati riguardanti la soddisfazione nel lavoro su un campione di 242 medici (36,2% del totale) in collaborazione con le strutture del Comune. I risultati dell'indagine sulla soddisfazione si dividono in tre parti: risultati generali, analisi per singolo indicatore, analisi per organizzazione di appartenenza.

Gli indicatori utilizzati per valutare il grado di soddisfazione sono quelli definiti nella **tabella 1**, utilizzando una classificazione in cinque intervalli: molto soddisfatto (da 90 a

100); soddisfatto (da 75 a 90); parzialmente soddisfatto (da 50 a 75); insoddisfatto (da 25 a 50) e molto insoddisfatto (da 0 a 25).

Successivamente è stato calcolato, sull'arco temporale di un anno (luglio 2004 giugno 2005), un indice di *turnover* dei medici per istituzione partner e i risultati correlati a quelli relativi alla soddisfazione. La formula utilizzata per il calcolo dell'indice R è data dalla percentuale di dimissioni nell'anno sul numero di medici presenti a fine periodo. Tale parametro viene ritenuto adeguato per valori fino al 25%, inadeguato per valori tra il 25% e il 50%, critico oltre tale soglia. Infine sono state analizzate le possibili correlazioni tra gli indici di *turnover* e la tipologia di istituzione partner.

### 4. Risultati

#### Indici di turnover

L'indice generale di *turnover* dei medici del PSF, nel periodo considerato per il Comune di San Paolo, è stato del 37,4%, valore che può essere considerato come inadeguato. L'indice di *turnover* per istituzione partner è sintetizzato nella **tabella 2**.

In due casi non è stato possibile calcolare l'indice. In generale si osserva una rilevante variabilità dell'indice tra le diverse istituzioni, con una variazione che va dal 14,3% del caso migliore fino al 61,1% di quello peggiore. Soltanto due organizzazioni rilevavano l'indice sistematicamente e soltanto una utilizzava la variabile sistematicamente nei processi gestionali. Secondo i criteri già esposti, tre casi sono da considerarsi adeguati, cinque inadeguati e due critici.

#### Soddisfazione sul lavoro dei medici

L'indagine sulla soddisfazione si divide in due parti: la prima esplora alcune caratteristiche del campione e la seconda analizza lo stato della variabile indagata.

Per comprendere meglio chi siano i medici del PSF sono stati rilevati i seguenti elementi: sesso, fascia di età, luogo di nascita, luogo di formazione, anni dalla laurea, specializzazione conseguita, tirocinio concluso, formazione ricevuta nel programma, durata dell'impiego nel programma, occupazioni precedenti, numero di rapporti di lavoro in

**Tabella 1**

Aspetti e indicatori di soddisfazione nel lavoro

Aspetto	Indicatore
Materiale	Ambiente fisico Materiali di consumo
Personale	Identificazione con i compiti Qualificazione professionale Stress Uso delle abilità Sviluppo nel lavoro
Qualità	Qualità dei servizi nel settore Qualità del servizio nel PSF
Sociale	Fiducia nelle relazioni tra <i>équipe</i> Relazioni intra- <i>équipe</i> Riunioni di <i>équipe</i> Riunioni della unità Adesione Immagine esterna Credibilità dell'indagine

Istituzione Partner	IP I	IP II	IP III	IP IV	IP V	IP VI	IP VII	IP VIII	IP IX	IP X	IP XI	IP XII
Indice di turnover (%)	43,2	61,1	41,3	32,3	42,4	60,9	26,7	-	-	22,8	14,3	22,2

essere, mezzo di locomozione e tempo impiegato per raggiungere il posto di lavoro.

I risultati mostrano una certa preponderanza dei maschi (55,9%) con il 52,1% dell'intero campione sotto i 40 anni di età (appena il 3,3% superavano i 59). Il 46,8% è nato a San Paolo e quasi la metà aveva frequentato università pubbliche (49,8%). Il 35,5% aveva meno di 4 anni dalla laurea; il 20,1% da 5 a 14; il 26,8% da 15 a 24 e il 17,6% più di 25 anni. Quanto alla specializzazione, il 58,6% l'aveva conclusa, mentre il 36,8% aveva concluso il tirocinio. Aveva partecipato alla formazione di base offerta dal Comune l'84,6% e a quella specialistica il 30,7%. Per il 29,7% degli intervistati la posizione di medico generalista nel PSF rappresentava la prima esperienza professionale. Il 56,8% dichiarava di avere due o più rapporti di lavoro e il dato è particolarmente significativo se si considera che il debito orario previsto dal programma è di 40 ore settimanali.

Dato il problema specifico di San Paolo rappresentato dalle distanze tra i diversi quartieri e le difficoltà di trasporto, una parte dell'indagine era specificamente rivolta a esplorare la questione. L'82,7% dei medici risultava utilizzare l'autovettura per raggiungere il posto di lavoro, il 71,4 impiegava meno di un'ora, il 20,7 da un'ora a un'ora e mezza, il 7,9% più di un'ora e mezza.

Per quanto concerne i gradi di soddisfazione, i punteggi ottenuti dai singoli indicatori sono riportati nella **tabella 3**.

Dalla tabella si osserva come i fattori più insoddisfacenti (sotto il punteggio di 50) rilevati siano stati lo stress (36,2), l'ambiente fisico (40,6) e la qualificazione professionale (48,2). Una parziale soddisfazione si ritrova per i materiali a disposizione per lo svolgimento delle attività (54,4). Un livello adeguato caratterizza l'uso delle abilità (77,4), lo sviluppo nel lavoro (78,6), la fiducia nelle relazioni tra *équipe* (80,6), l'adesione al programma (82,0), l'immagine esterna (82,1), la qualità dei servizi nel settore (83,8), la qualità del servizio nel PSF (89,3) e le riunioni

della unità (89,3). Al di sopra del punteggio di 90, che indica una elevata soddisfazione troviamo le relazioni intra-*équipe* (93,4) e le riunioni di *équipe* (94,3). Il punteggio complessivo che si attesta al livello di 74,7 mostra un giudizio di parziale soddisfazione.

Nella successiva **tabella 4** sono rappresentati i valori assunti dai singoli indicatori articolati per le 10 IP per le quali è stato possibile concludere l'indagine. I dati della tabella sono stati utilizzati per analizzare le correlazioni con il turnover.

#### Correlazione tra il livello di soddisfazione e il turnover

Come era prevedibile, il grado di soddisfazione ha una correlazione negativa con il turnover (-0,46), nel senso che a più elevati livelli di soddisfazione corrispondono minori tassi di turnover. La successiva **tabella 5** indica i tre fattori che mostrano le più elevate correlazioni con il turnover.

**Tabella 2**

Turnover dei medici per istituzione partner (IP)

**Tabella 3**

Punteggi attribuiti agli indicatori

Aspetto	Indicatore	Risultato
Materiale	Ambiente fisico	40,6
	Materiali di consumo	54,4
Personale	Identificazione con i compiti	87,1
	Qualificazione professionale	48,2
	Stress	36,2
	Uso delle abilità	77,4
	Sviluppo nel lavoro	78,6
Qualità	Qualità dei servizi nel settore	83,8
	Qualità del servizio nel PSF	89,3
Sociale	Fiducia nelle relazioni tra <i>équipe</i>	80,6
	Relazioni intra- <i>équipe</i>	93,4
	Riunioni di <i>équipe</i>	94,3
	Riunioni della unità	89,3
	Adesione	82,0
	Immagine esterna	82,1
	Credibilità dell'indagine	78,6

**Tabella 4**

Indicatori di soddisfazione per IP

Indicatori	IP I	IP II	IP III	IP IV	IP V	IP VI	IP VII	IP VIII	IP IX	IP X	Total	Max.	Min.	Ampiezza range	s
Ambiente fisico	85,2	79,6	83,3	91,4	90,7	91,7	81,0	83,9	93,3	91,7	<b>87,1</b>	91,7	79,6	12,1	5,1
Materiali di consumo	38,6	47,1	45,9	45,7	42,6	40,0	47,6	60,5	56,3	54,6	<b>48,2</b>	60,5	38,6	21,9	7,2
Identificazione con i compiti	43,2	32,4	45,9	46,4	36,1	36,7	31,3	41,7	37,5	50,0	<b>40,6</b>	50,0	31,3	18,7	6,3
Qualificazione professionale	63,6	46,3	56,9	52,9	52,9	50,0	50,0	59,7	51,6	65,7	<b>54,4</b>	65,7	46,3	19,4	6,3
Stress	40,5	43,5	56,3	36,4	33,3	23,3	35,7	19,4	60,0	34,3	<b>36,2</b>	60,0	19,4	40,6	<b>12,7</b>
Uso delle abilità	73,9	80,6	85,4	73,6	86,1	63,3	81,0	78,3	75,0	79,6	<b>77,4</b>	86,1	63,3	22,8	6,7
Sviluppo nel lavoro	83,0	86,1	77,1	71,4	79,8	60,0	84,5	77,4	84,4	75,0	<b>78,6</b>	86,1	60,0	26,1	7,9
Qualità dei servizi nel settore	84,1	84,3	77,3	77,1	85,2	80,0	89,3	83,9	85,9	91,7	<b>83,8</b>	91,7	77,1	14,6	4,7
Qualità del servizio nel PSF	85,2	87,0	87,5	89,0	95,4	95,0	83,8	87,9	87,5	90,7	<b>89,3</b>	95,4	83,8	11,6	3,8
Fiducia nelle relazioni tra <i>équipe</i>	81,8	77,8	85,4	75,7	86,1	76,7	83,8	78,2	81,3	82,7	<b>80,6</b>	86,1	75,7	10,4	3,7
Relazioni intra- <i>équipe</i>	91,7	92,6	91,7	94,3	94,4	96,7	96,4	87,9	96,9	95,4	<b>93,4</b>	96,9	87,9	9,0	2,8
Riunioni di <i>équipe</i>	88,6	93,5	97,9	97,1	96,3	96,7	96,4	91,1	87,5	96,3	<b>94,3</b>	97,9	87,5	10,4	3,8
Riunioni della unità	90,9	84,3	97,9	91,9	98,1	95,0	78,8	82,1	79,7	96,3	<b>89,3</b>	98,1	78,8	19,3	7,6
Adesione	88,6	86,0	77,1	80,0	83,3	70,0	85,0	79,8	85,9	82,4	<b>82,0</b>	88,6	70,0	18,6	5,4
Immagine esterna	90,9	88,0	83,3	70,7	85,2	80,0	91,3	77,4	87,5	76,9	<b>82,1</b>	90,9	70,7	20,2	6,8
Credibilità dell'indagine	90,9	80,8	77,1	68,6	87,0	81,7	79,8	73,4	79,7	73,1	<b>78,6</b>	90,9	68,6	22,3	6,6
Risultato complessivo	<b>76,3</b>	<b>74,4</b>	<b>76,6</b>	<b>72,6</b>	<b>77,0</b>	<b>71,0</b>	<b>74,8</b>	<b>72,7</b>	<b>76,9</b>	<b>77,3</b>	<b>74,7</b>	<b>77,3</b>	<b>71,0</b>	<b>6,3</b>	<b>2,2</b>

S = deviazione standard.  
Celle ombreggiate = valori maggiori di 2 S.

La maggior correlazione si è evidenziata per la qualificazione professionale, ossia tanto maggiore è la qualificazione fornita tanto minore è il *turnover*. In generale, i risultati dell'indagine mostrano come i medici si sentano poco qualificati per svolgere le funzioni assegnate. Una assenza di politiche rivolte al sostegno e sviluppo delle competenze professionali si riflette quindi sul *turnover*. Bisogna inoltre ricordare come la qualificazione professionale fosse al terzultimo posto come livello di soddisfazione.

Il ruolo della seconda variabile nell'influenzare il *turnover* è facilmente intuibile, in quanto esprime il disagio nel raggiungere il posto di lavoro e deve essere letta anche in relazione al costo opportunità del tempo dei medici.

Il terzo fattore per importanza è relativo alla disponibilità di materiale di consumo

(- 0,53). Una criticità nella disponibilità di mezzi necessari per svolgere adeguatamente i propri compiti si riflette nella permanenza nello stesso lavoro. La medesima variabile occupava il quarto peggior posto in relazione alla soddisfazione.

Altri fattori rilevanti nello spiegare il fenomeno qui considerato sono rappresentati nella **tabella 6**.

Il tempo trascorso dalla conclusione degli studi è un fattore di stabilità dei professionisti (- 0,50). Quanto maggiore è la percentuale di soggetti che ricadono in questa categoria, tanto maggiore è la stabilità; viceversa, quanto maggiore è la presenza di professionisti appena formati (meno di 4 anni) tanto maggiore è il tasso di *turnover* (0,47). Poiché l'età e l'anzianità di laurea sono strettamente correlati (0,94), non è sorprendente che l'età mostri indici di correlazione simili (0,47).

Sorprendentemente, la retribuzione risulta positivamente correlata con il *turnover*, ossia a più elevati livelli retributivo è associata maggiore mobilità. Due ipotesi sono state considerate a tal riguardo. La prima era che le IP che avevano unità più lontane dalle zone centrali pagassero retribuzioni

**Tabella 5**

Principali correlazioni

Fattori di soddisfazione	r
Qualificazione professionale	- 0,59
Tempo di trasporto per il luogo di lavoro (più di un'ora)	0,57
Materiali di consumo	- 0,53

più elevate. Nel testare tale ipotesi si è però verificata l'esistenza di una correlazione molto scarsa (0,32) tra tempi di percorrenza per raggiungere il lavoro e livelli salariali. In ogni caso, la correlazione tra livelli retributivi e *turnover* risultava comunque superiore; ciò ha condotto ad una seconda ipotesi: che la retribuzione fosse utilizzata come meccanismo di stabilizzazione dei professionisti. Quindi, non è la retribuzione che influenza la mobilità, ma è l'elevato *turnover* che innalza il livello retributivo dei medici. Siccome la correlazione tra *turnover* e remunerazione è positiva (0,48), lo strumento non sembra essere efficace.

Il fattore successivo è l'ambiente fisico: quanto peggio esso viene percepito, minore è la stabilità. Si ricorda come tale variabile fosse al penultimo posto nella valutazione della soddisfazione.

L'aver avuto precedenti esperienze nel PSF sembra influenzare negativamente il *turnover* (-0,46). Bisogna sottolineare come quasi un terzo dei medici intervistati avesse avuto esperienze precedenti nel PSF, il che indica una certa mobilità dei professionisti tra Comuni e organizzazioni partner.

Se si considerano i dati relativi alla soddisfazione, si osserva come tre delle quattro variabili con la peggior situazione risultino correlate con il fenomeno analizzato. Solo lo stress, la variabile posizionata peggio, non mostra sostanzialmente alcuna correlazione con il *turnover*.

Questi risultati, valutati alla luce delle teorie motivazionali di Herzberg (1964, 1997), indicano che i fattori «igienici» che producono insoddisfazione rispetto al lavoro sono quelli che mostrano la più elevata correlazione con il *turnover*.

#### Nuova ipotesi sui fattori che influenzano la stabilità dei medici

Nell'approfondimento dell'analisi, altri fattori si sono dimostrati poter essere rilevanti nella spiegazione del fenomeno. In

Fattori di soddisfazione	<i>r</i>
Tempo dalla laurea (da 4 a 15 anni)	-0,50
Retribuzione	0,48
Tempo dalla laurea (meno di 4 anni)	0,47
Fascia di età (fino a 29 anni)	0,47
Ambiente fisico	-0,47
Con precedente esperienza nel PSF	-0,46

questa prospettiva è stato approfondito il ruolo svolto dalle specifiche caratteristiche delle singole istituzioni. Si è quindi testata l'ipotesi che il contesto delle organizzazioni caratterizzate dalla presenza di ospedali o facoltà di medicina con elevata immagine potesse influenzare positivamente la stabilità dei medici. A tal fine, le organizzazioni esaminate sono state classificate in tre gruppi a cui è stato attribuito un differente punteggio, in relazione alla presenza di ospedali e alla fama della eventuale facoltà. L'attribuzione dei punteggi ha consentito di testare la correlazione presente, che è risultata essere pari a -0,89 superiore ad ogni altra correlazione riscontrata nell'indagine (vedi **tabella 7**).

## 5. Conclusioni

Lo studio ha confermato le ipotesi circa l'esistenza di una correlazione tra la soddisfazione nel lavoro e il *turnover* dei medici del PSF nel Comune di San Paolo. I fattori che mostrato il maggior impatto sulla stabilità dei medici sono risultati essere la qualificazione professionale, la distanza dal luogo di lavoro e la disponibilità di materiale di consumo. È emerso anche un ruolo rilevante dei cosiddetti «fattori igienici» nella spiegazione del fenomeno. Quanto alla retribuzione, l'indagine ha dimostrato che essa è in grado di attrarre i professionisti, ma non di trattenerli.

Per quanto riguarda il grado di soddisfazione rispetto al lavoro, è emerso che questo è solo parziale, anche se una variabilità

**Tabella 6**

Altre correlazioni tra fattori e *turnover*

**Tabella 7**

Correlazione tra *turnover* e punteggi

	IP I	IP II	IP III	IP IV	IP V	IP VI	IP VII	IP VIII	IP IX	IP X	IP XI	IP XII	<i>r</i>
Indice di <i>turnover</i> (%)	43,2	61,1	41,3	32,3	42,4	60,9	26,7	-	-	22,8	14,3	22,2	
Punteggi	1	1	1	2	2	1	3	1	3	3	3	3	-0,89

è riscontrabile tra le diverse organizzazioni. Gli indicatori che mostrano i valori peggiori a questo riguardo sono lo stress, l'ambiente fisico, la qualificazione professionale e la disponibilità di materiale, mentre all'estremo opposto si collocano gli indicatori relativi al lavoro di *équipe*.

L'indice di *turnover* dei medici varia, a seconda delle istituzioni partner, dal 14,3% fino al 61,1%. È stato possibile raggruppare le organizzazioni in diverse categorie: tre sono risultate avere un valore definito «adeguato», cinque un valore non adeguato e due un valore critico, cioè superiore al 50%.

È stata riscontrata una rilevante correlazione tra l'indice di *turnover* e il prestigio dell'istituzione considerata. È possibile che il basso prestigio che accompagna il ruolo di medico del PSF sia in una certa misura compensato dal prestigio della istituzione, a sua

volta spesso legato, soprattutto nello stesso mondo medico, al contesto ospedaliero.

Anche alcune delle criticità presenti nel PSF nel Comune di San Paolo hanno potuto essere esplorate nell'indagine. Una di queste attiene alle relazioni esistenti tra l'attore pubblico e le istituzioni private. Nel caso di San Paolo, è emersa la necessità di una più chiara *accountability* nelle *partnership*, di una migliore rendicontazione della gestione delle risorse materiali, finanziarie ed umane coinvolte. È emersa, inoltre, la necessità di una più chiara definizione degli obiettivi e dei risultati da conseguire, anche per potere effettuare delle valutazioni sulle performance delle diverse organizzazioni, poiché gli elevati indici di *turnover* riscontrati pongono serie domande sulla efficienza del modello di gestione adottato dalla amministrazione pubblica.

## B I B L I O G R A F I A

- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE POLÍTICAS DE SAÚDE - DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA (2002a), *Avaliação da implementação do Programa de Saúde da família em dez grandes centros urbanos: Síntese dos principais resultados*, Ministério da Saúde, Brasília.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE (2002b), *A concepção dos pólos como recurso institucional de capacitação, formação e educação permanente de pessoal para saúde da família: Etapa 3*, Ministério da Saúde, Brasília.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE, DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA (2004a), *Avaliação Normativa do Programa Saúde da Família no Brasil: Monitoramento da Implantação e Funcionamento das Equipes de Saúde da Família - 2001/2002*, Ministério da Saúde, Brasília.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE (2004b), Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Proposta de avaliação para melhoria da qualidade: qualificação da estratégia saúde da família - proposta para manual técnico*, Ministério da Saúde, Brasília.
- CAPOZZOLO A.A. (2003), *No olho do furacão: Trabalho médico e o Programa de Saúde da Família*. 269f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva), Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, Campinas, pp. 242-249.
- DAL POZ M.R. (2002), «Cambios en la contratación de recursos humanos: el caso del Programa de Salud de la Familia en Brasil», *Gaceta Sanitaria*, v. 16, Feb., 1, pp. 82-88.
- GIRARDI S.N., CARVALHO C.L. (2003), «Contratação e qualidade do emprego no Programa de Saúde da Família no Brasil», in A. Falcão *et al.* (Orgs.) *Observatório de Recursos Humanos no Brasil*, Editora Fiocruz, Rio de Janeiro: pp. 157-190.
- MACHADO M.H. (2002), «Programa de Saúde da Família no Brasil - algumas considerações sobre o perfil dos médicos e enfermeiros», in M.F. Sousa, (Org.) *Os sinais vermelhos do PSF*, Hucitec, São Paulo: pp. 125-132.

# Comparazione internazionale dei sistemi di classificazione dei pazienti

CÉCILE BLEIN, DENIS CLOT, MICHEL LAMURE

*The article analyses the process of construction, diffusion and implementation of patient classification systems in the healthcare environment. At the very beginning such systems were simple tools used to describe the activities of the hospital, later they became an important element for costs and expenditures control. Healthcare systems pay a growing attention to patient classification systems because when linked to perspective payment they can change the behaviour of the main players in the field. Patient classification systems are now internationally diffused and different models of adoption have been experienced. The paper describes the main grouping procedures used in different countries and their utilisation in the specific national contexts.*

## Note sugli autori

Cécile Blein, Denis Clot, Michel Lamure  
Laboratoire d'Analyse des Systèmes de Santé  
cecile.blein.lamure@univ-lyon1.fr  
denis.clot.lamure@univ-lyon1.fr  
michel.lamure@univ-lyon1.fr

L'adattamento italiano è stato curato da Simona Bartoli - CERGAS, Bocconi

## 1. Introduzione

Oggetto del presente articolo è la metodologia di costruzione dei sistemi di classificazione dei pazienti. Inizialmente concepiti per mettere in relazione i pazienti trattati in regime di ricovero con i costi generati dal loro trattamento, sono stati essenzialmente utilizzati a fini di gestione interna e di *benchmarking*. A fronte della evoluzione che ha caratterizzato in tutti i Paesi il contesto della sanità, le necessità dei diversi attori coinvolti si sono modificate. A livello internazionale, ormai i sistemi di classificazione sono utilizzati come strumenti di «pagamento prospettico» e quindi come sistemi rilevanti nella regolazione del funzionamento complessivo. Per comprendere l'importanza del ruolo giocato da tali meccanismi abbiamo analizzato le loro evoluzioni che si traducono, sostanzialmente, in modificazioni strutturali negli algoritmi di raggruppamento. I diversi Paesi hanno dovuto scegliere impianti coerenti con i loro obiettivi di regolazione dei sistemi. Abbiamo mappato a livello internazionale i diversi impianti adottati, selezionando alcuni Paesi secondo criteri di specificità e/o comparabilità. Sono emerse due grandi categorie di Paesi. Abbiamo descritto le caratteristiche di funzionamento di ciascuno dei *groupes* scelti dai diversi Paesi e li abbiamo messi in relazione con i modelli di regolazione adottati.

## 2. La storia dello sviluppo dei Drg

### 2.1. La filosofia

I Drg (*Diagnosis Related Group*) rappresentano un sistema di classificazione dei

## SOMMARIO

1. Introduzione
2. La storia dello sviluppo dei Drg
3. Evoluzione dei modelli di Drg
4. Introduzione dei sistemi di classificazione nei diversi Paesi
5. La sfida dei sistemi di classificazione per il pagamento prospettico
6. Conclusioni

pazienti che fu in origine sviluppato con la finalità di mettere in relazione le diverse tipologie di pazienti trattati in regime di ricovero con i costi reali generati per gli ospedali. Oggi il campo di utilizzo dei Drg si è diversificato e comprende: la sorveglianza epidemiologica, la gestione clinica, la comparazione delle attività tra strutture diverse, ma anche la gestione dei piani e dei *budget* e, più di recente, il rimborso e il pagamento degli ospedali attraverso il meccanismo del pagamento prospettico.

## 2.2. Come sono stati concepiti

Il sistema Drg è nato negli Stati Uniti alla fine degli anni '60 nel quadro dell'introduzione del programma *Medicare* (Heavens, 1999). Nel 1967 erano infatti nati i programmi federali di assistenza per le persone anziane (*Medicare*) e per le persone in stato di povertà (*Medicaid*). *Medicare* copriva allora circa il 13% della popolazione rappresentato dalle persone al di sopra dei 65 anni, i portatori di handicap e gli insufficienti renali cronici. Per ottimizzare la presa in carico di tale segmento di popolazione, gli ospedali hanno cercato di mettere in atto un sistema che consentisse loro l'ottimizzazione nell'uso delle risorse e garantisse la qualità delle cure.

In questo contesto una *équipe* dell'università di Yale, diretta dal professor Fetter, iniziò lo sviluppo dei Drg.

Il processo di formazione dei «Drg originali» cominciò con l'articolazione delle principali diagnosi in categorie denominate Categorie diagnostiche maggiori (CDM). Queste ultime sono state formalizzate da medici al fine di assicurare una omogeneità clinica all'interno di ogni raggruppamento. Ogni CDM è stata analizzata per identificare le variabili che influenzano il consumo di risorse. Ogni CDM è stata scissa in due tipi di procedure, una medica e una chirurgica, e tale separazione permette di preservare l'omogeneità clinica dei gruppi che vengono formati.

Ogni CDM rispetta un ordine gerarchico che permette di assegnare un paziente caratterizzato da più procedure legate alla sua diagnosi principale al gruppo chirurgico più elevato nella gerarchia. L'ordine di effettuazione delle procedure non influenza l'appar-

tenenza al gruppo chirurgico (Averill *et al.*, 2003).

In seguito ciascun gruppo è stato analizzato al fine di determinare se la presenza di complicazioni, co-morbidità o l'età del paziente interagissero con il consumo di risorse.

I medici definiscono la presenza di complicanze e co-morbidità (CC) attraverso una diagnosi secondaria collegata ad una diagnosi principale specifica che implica l'aumento della durata di degenza di almeno un giorno in almeno il 75% dei casi.

Anche le condizioni del paziente vengono prese in considerazione dal sistema per cui sono stati creati Drg differenti per segmenti specifici quali: i grandi ustionati, i neonati, gli alcolizzati o comunque dipendenti, gli infartuati (Averill *et al.*, 2003).

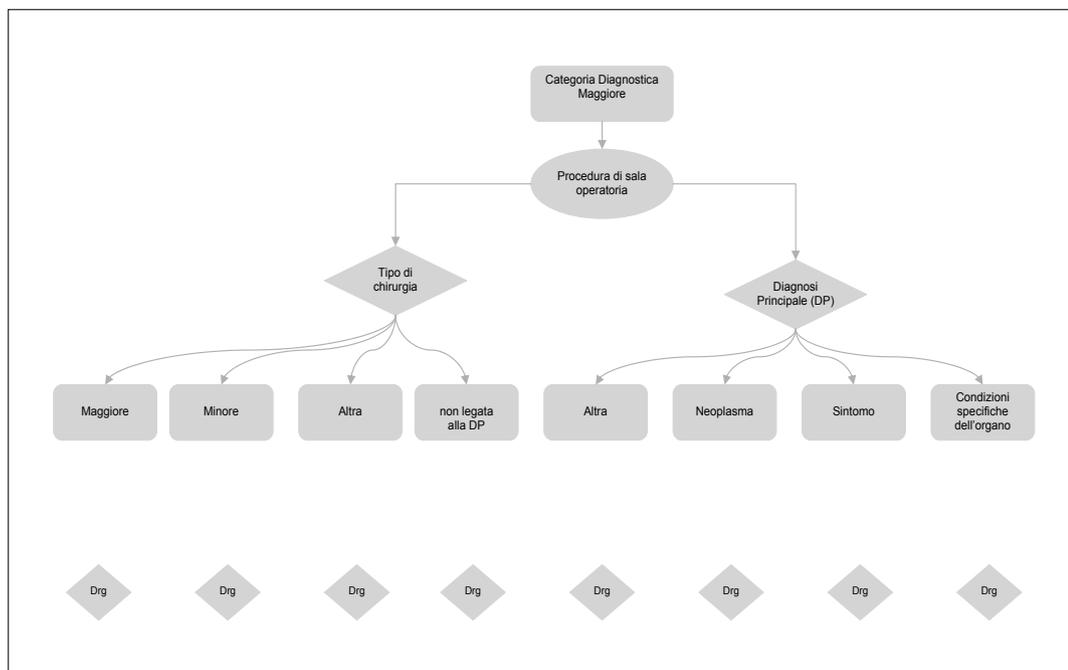
Il processo di formazione dei Drg è iterativo e combina i risultati di procedure statistiche con giudizi di tipo clinico. Il *grouper* esamina e pondera i differenti fattori relativi alle caratteristiche dei pazienti e costruisce i Drg che descrivono l'insieme dei pazienti trattati in un ospedale (si veda **figura 1**).

## 3. Evoluzione dei modelli di Drg

Per rispondere ai bisogni che via via emergevano sono stati sviluppati cinque diversi sistemi di classificazione e ognuno di essi costituisce la risposta a un bisogno particolare.

Nell'ottobre del 1983 i centri *Medicare* e *Medicaid* (CMS) passano sotto la responsabilità della *Health Care Financing Administration* (HCFA) del ministero della salute (*Health and Human Services*), la quale decide di applicare un sistema di pagamento prospettico per gli ospedali che ricoverano pazienti *Medicare*. Tale avvenimento segna il debutto dell'utilizzo dei Drg come strumento di pagamento degli ospedali.

Gli ospedali lo utilizzano quindi come un sistema interno di gestione, i programmi *Medicaid* e *Blue Cross* come base per il sistema di pagamento, l'amministrazione federale come meccanismo di comparazione. Il paradosso del sistema è che il suo concepimento e sviluppo erano basati su una popolazione obiettivo mentre viene ora utilizzato in modo generalizzato.



**Figura 1**  
Schema del funzionamento standard dell’algoritmo dei sistemi di classificazione di tipo Drg

**Figura 2**  
Schema dell’algoritmo del group di Medicare Drg

Dal punto di vista del percorso seguito dal *grouper*, questo si snoda attorno a delle variabili discriminanti che sono: la diagnosi principale, la presenza di una procedura chirurgica, la diagnosi secondaria o le CC, l’età del paziente, il sesso e le sue diverse caratteristiche (figura 2).

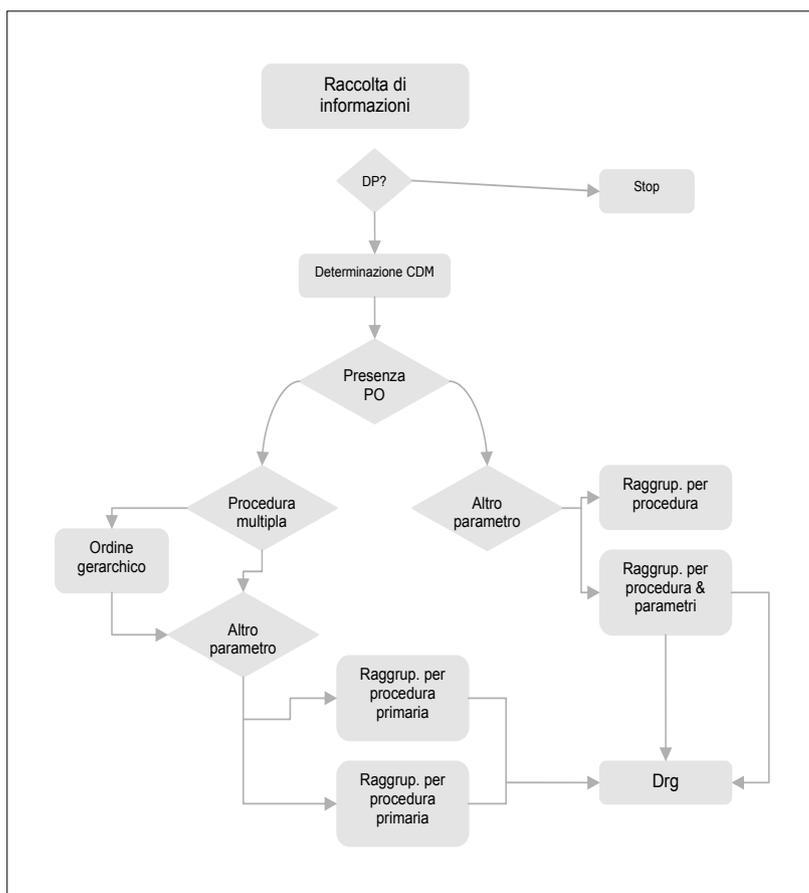
### 3.1. Redefined Drg (RDrg)

Il ruolo giocato dalla presenza o assenza di complicanze e co-morbidità è alla base di uno sforzo di miglioramento nella definizione e utilizzazione delle CC nel sistema *Medicare*.

Nel 1980 l’*équipe* di ricerca di Yale perviene ad un miglioramento significativo definendo una lista di diagnosi secondarie considerate come CC nel sistema *Drg Medicare* e associando a ciascuna un livello di complessità.

Ormai i livelli di complessità sostituiscono le partizioni preliminari del sistema *Medicare*, tuttavia l’elenco delle diagnosi secondarie inizialmente incorporato nel sistema *Medicare* non viene riconsiderato.

In questa versione della classificazione anche la morte, così come la durata del ricovero, viene considerata per l’attribuzione del



RDRg finale. Tale sistema RDRg non è stato comunque completamente adottato dalla HCFA, ma soltanto parzialmente incorporato nella revisione operata dalla amministrazione dei CC nel sistema *Drg Medicare*.

### 3.2. All patient Drg (APDRg)

La creazione di questo nuovo sistema è da ricondurre alla volontà di estendere l'utilizzo dei Drg come strumento di pagamento prospettico all'insieme della popolazione.

Lo Stato di New York aveva legiferato nel 1987 sull'estensione dell'utilizzo dei Drg (Averill *et al.*, 1998), ma prima della sua effettiva introduzione la stessa legislazione prevedeva una valutazione da parte del New York Health Department (NYHD) della fattibilità dell'operazione rispetto a certi segmenti della popolazione come i neonati o le persone colpite da immunodeficienza. A seguito dei risultati della valutazione, il NYHD decise di rivolgersi all'azienda 3M HIS per intervenire sull'albero decisionale del meccanismo. Le modificazioni apportate hanno riguardato i neonati, le immunodeficienze, i politraumatizzati e le dipendenze patologiche.

Il sistema APDRg comprende ormai 25 CDM e un numero totale di 635 APDRg fi-

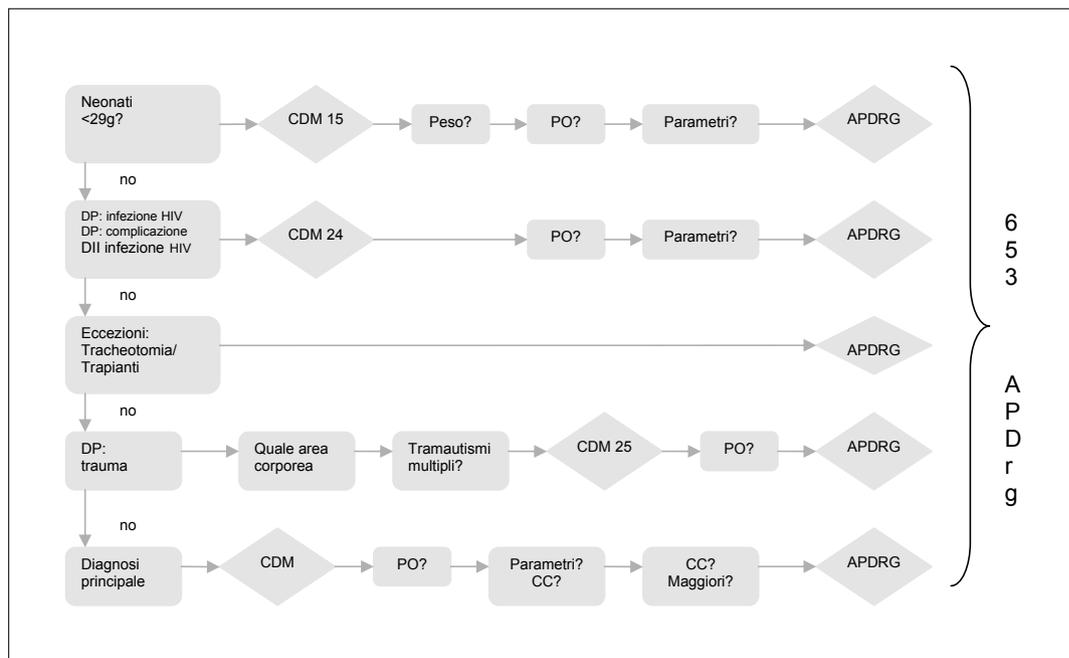
nali. Ne risulta un sistema che è una combinazione: del sistema *Medicare*, per la sua base di partenza; del sistema RDRg per la sua revisione delle complicanze e co-morbidity e di una estensione dell'algoritmo utilizzato. A fronte delle diverse eccezioni previste rispetto alla regola di partizione della diagnosi principale, il sistema APDRg elabora una propria gerarchizzazione per ottimizzare il funzionamento.

Inoltre lo studio realizzato a New York ha messo in evidenza un consumo di risorse simile tra pazienti che presentano una complicanza maggiore (IRP, 1994). Lo studio ha quindi concluso che la complicazione maggiore rappresenta un indicatore migliore che il tipo di procedura chirurgica o la diagnosi principale. Così viene creato per ogni CDM (ad eccezione di alcuni) un MCC al fine di segnalare i ricoveri che hanno un impatto molto rilevante sulle risorse dell'ospedale. La **figura 3** schematizza l'algoritmo del sistema APDRg.

### 3.3. Severity adjusted Drg (SDrg)

Questo sistema, come il RDRg, costituisce una revisione delle complicanze e co-morbidity presenti nel sistema *Drg Medicare*. L'obiettivo di fondo è l'introduzione di una

**Figura 3**  
Schema dell'algoritmo di raggruppamento dell'APDRg



misura di severità per permettere di compensare adeguatamente gli ospedali che ricoverano i casi più severi (Harris, 2005).

L'HCFA diede avvio al *Severity Adjusted Drg* nel 1993, la cui particolarità era quella di non basarsi più sull'elenco originale delle 136 diagnosi secondarie previste da *Medicare*, ma di rivalutare la presenza di CC per ogni diagnosi (IRP 1994). In pratica i Drg sono risegmentati in sottogruppi (da tre a uno) a seconda dell'esistenza di CC o MCC.

Il sistema SDrg consente di formare 652 gruppi. Contrariamente al RDrG permette una valutazione più accurata dell'impatto delle diagnosi secondarie sull'utilizzo delle risorse. Il sistema è stato pubblicato nel 1994, ma da allora non è stato sottoposto ad alcuna revisione né attualizzazione.

### 3.4. APRDrG

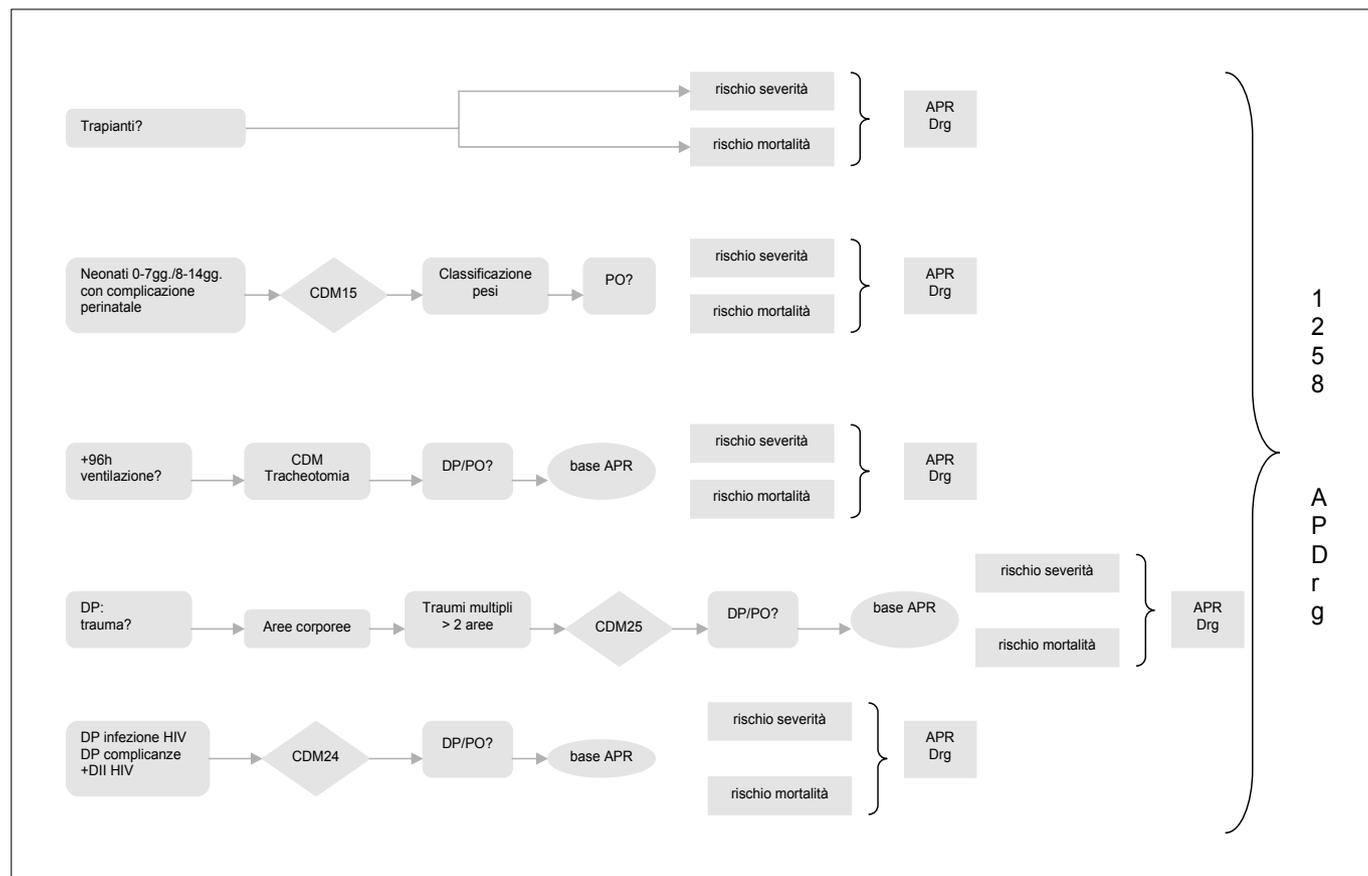
Tale sistema, di «terza generazione», allarga il proprio campo di applicazione mo-

dificando l'algoritmo di decisione con l'introduzione di una misura di severità e del rischio di mortalità.

L'APRDrG non si basa più sulla classificazione originale *Medicare*, ma utilizza il sistema APDrG (Averill *et al.*, 2003), procedendo ad una revisione della partizione per classi di età e per CC, della definizione delle CDM. In termini generali, esso consolida la base APDrG introducendovi nuove specificità quali la misura della severità e del rischio di mortalità e anche una logica di re-instradamento nel percorso dell'algoritmo decisionale.

L'APRDrG costituisce il primo sistema di classificazione dei pazienti ad integrare misure di severità e di mortalità che sembrano essere significativamente correlate al consumo di risorse (Averill, 1998; IRP, 1994; Muldon, 1999). Una rappresentazione dell'algoritmo è schematizzata nella **figura 4**.

**Figura 4**  
Schema dell'algoritmo decisionale dell'APRDrG.



### 3.5. International refined Drg (IRDRg)

Questa nuova classificazione sviluppata dalla società 3M nel 2000 costituisce un nuovo approccio al problema del *grouper*.

#### *Le prime versioni dell'IRDRg*

Numerosi Paesi non hanno potuto adottare sistemi di classificazione per la mancanza dei mezzi umani e finanziari necessari per assicurare lo sviluppo del *grouper* o il suo adattamento al contesto nazionale. L'IRDRg si propone come una soluzione adattabile ai vincoli dei diversi Paesi. Le principali caratteristiche del *grouper* in questione non risiedono tanto nell'algoritmo di raggruppamento utilizzato (la base è l'APRDRg), quanto piuttosto nelle modalità di raccolta delle informazioni. L'IRDRg integra nomenclatori differenti di atti e procedure, il *grouper* è pertanto capace di operare a partire da codifiche diverse (ICD 9, ICD 10 e ICD 9CM). Il vantaggio di tale sistema è quello di evitare la transcodifica tra i codici utilizzati nel singolo Paese e quelli letti dal *grouper*, operazione spesso fonte di errori e malfunzionamenti. L'IRDRg è stato sviluppato a partire da una base dati che includeva dati europei e americani allo scopo di attenuare gli impatti generati dalle differenze tra i sistemi sanitari e tra le culture. Nonostante l'intenzione l'obiettivo è stato raggiunto solo parzialmente, considerando anche la netta prevalenza nella base dati della componente americana (circa 7 milioni di degenze considerate) rispetto a quella europea (circa 200.000).

L'algoritmo di raggruppamento dell'IRDRg è una semplificazione dell'APRDRg. La descrizione dei livelli di severità è semplificata e comprende solo tre livelli di CC, senza prevedere il concetto di morbilità multipla.

#### *Le versioni successive alla 2.0 dell'IRDRg*

Nell'evoluzione dell'IRDRg le versioni successive alla 2.0 segnano una rottura rispetto alle precedenti. A un certo punto, gli adattamenti operati sulle classificazioni non consentono più una reale confrontabilità. La società 3M sviluppa, quindi, una nuova versione del sistema capace di classificare sia i pazienti ambulatoriali sia quelli ospedalizzati.

L'algoritmo di raggruppamento viene modificato profondamente e si basa non più sulla diagnosi principale, ma sulle procedure. Il problema più rilevante è che un codice di procedura non riesce ad ottimizzare l'assegnazione di un episodio ad una CDM, per cui il *grouper* deve utilizzare più volte l'informazione sulla procedura al fine di ottimizzare l'allocazione del ricovero ad una CDM e quindi ad un Drg finale.

## 4. Introduzione dei sistemi di classificazione nei diversi Paesi

A fronte dei diversi sistemi di classificazione, ogni Paese ha scelto un modello di introduzione in relazione alle caratteristiche del proprio sistema sanitario in termini di organizzazione, produzione e finanziamento delle prestazioni.

In questa parte del lavoro, sono stati, dapprima, selezionati alcuni Paesi per originalità o comparabilità dei *grouper* e, successivamente, analizzati gli adattamenti operati.

È possibile distinguere, anche se esistono casi «di frontiera», due tipologie principali di introduzione:

- Paesi che hanno acquistato il *grouper* americano e l'hanno poi adattato al contesto;
- Paesi che hanno acquistato il modello di *grouper* e hanno poi sviluppato il proprio algoritmo.

Nella cartina della **figura 5** sono rappresentate le diverse scelte regionali. I Paesi con colorazione continua ricadono nella prima tipologia, quelli tratteggiati ricadono nella seconda.

### 4.1. Gli Stati Uniti: Medicare/APDRg/RDRg/APRDRg

Gli Stati Uniti sono il Paese di origine del sistema di classificazione dei pazienti. Ognuno dei 51 Stati in cui è diviso è responsabile del finanziamento e della gestione del proprio sistema sanitario. Il governo federale interviene, come già accennato, attraverso i due programmi *Medicare* e *Medicaid*. È proprio all'interno del finanziamento di *Medicare*, programma che copre il 13% della popolazione, che lo strumento Drg è stato



**Figura 5**  
Sistemi di classificazione dei pazienti per Paese di adozione

sviluppato, per essere poi esteso all'intera popolazione.

Il governo federale non impone alcun specifico sistema di classificazione, per cui ogni Stato ha scelto il suo. Storicamente tutti i sistemi originariamente sviluppati negli Stati Uniti si trovano utilizzati nei diversi Stati: si può quindi osservare l'utilizzo del sistema *Medicare*, dell'APDRg, dell'APRDRg e dello stesso RDRg. La particolarità degli Stati Uniti è proprio la presenza di sistemi multipli di classificazione nelle diverse versioni.

#### 4.2. Svizzera: l'APDRg svizzero

##### *Caratteristiche del sistema di assicurazione sanitaria*

La Svizzera si divide in 26 cantoni che rappresentano, ciascuno, uno Stato federale dotato di grande autonomia. Il decentramento è stato rafforzato nel corso degli anni anche attraverso le successive revisioni della legge sull'assistenza sanitaria LAMal. Dal primo gennaio 1996 il sistema è regolato dalla legge federale del 18 marzo 1994. Ogni persona che risiede in Svizzera è libera di scegliere il suo assicuratore così come il modello di assicurazione. Ogni assicurazione è libera di de-

terminare il livello dei premi richiesti in relazione al grado di copertura offerto, avendo tuttavia l'obbligo di ricevere una validazione dall'OFSP (*Office fédéral de la santé publique*) (Office Fédéral de la Statistique, 2006).

Il finanziamento del sistema di assicurazione sanitaria è assicurato per il:

- 18% dallo Stato (ogni cantone è responsabile dell'organizzazione e dell'accesso al sistema delle cure);
- 41% dall'assicurazione sociale attraverso premi individuali (questa assicurazione è obbligatoria);
- 9% da assicurazioni private
- 31% dalle famiglie sotto forma di franchigie o compartecipazioni.

Il finanziamento degli ospedali è misto poiché il 70% dei fondi proviene dalle assicurazioni e il restante dai cantoni (Schenker, 2001), anche se viene previsto un incremento della quota assicurata da questi ultimi fino al 50%. Il progetto di riforma di LAMal del 2003 prevedeva inoltre l'introduzione di un finanziamento a prestazione.

Per consentire la riforma del sistema di finanziamento delle strutture ospedaliere e l'introduzione di forme di *managed care*, il

sistema sanitario svizzero ha nel tempo sviluppato i propri strumenti di classificazione.

#### *L'adozione dei sistemi di classificazione*

L'adozione ebbe inizio nel 1984 con uno studio condotto dall'Università di Losanna sulle prospettive di utilizzazione dei Drg americani in Svizzera, che condusse ad un tentativo di introduzione degli APDrg nel 1995. Il tentativo fu accompagnato da dibattiti e polemiche tra i diversi attori coinvolti (le casse assicurative, le federazioni degli ospedali, ...). Nel 1997, venne creata una associazione APDrg elvetica che consentì nel 1998 di cominciare l'utilizzo della classificazione americana APDrg V12 nei cantoni di Zurigo e Vaud (Schenker, 2005). Tale sistema utilizza i codici ICD10 per le diagnosi e quelli CHOP per le procedure chirurgiche. Due eventi rilevanti hanno caratterizzato il processo di consolidamento.

Il primo gennaio 2002 i due cantoni di Zurigo e Vaud adottano il sistema APDrg svizzero. Il primo lo utilizza come strumento di *benchmarking* al fine di comparare le performance degli ospedali, mentre il secondo cantone lo utilizza come strumento di finanziamento con la fissazione di tariffe concordate con lo Stato centrale, conservando, tuttavia, in una fase di convergenza fino al dicembre 2005 il sistema precedente di *budget* globale.

Nell'aprile 2004 viene lanciato il progetto SwissSDrg per realizzare nell'arco di un triennio l'adozione su scala nazionale di un sistema di classificazione. L'associazione raggruppa al suo interno le differenti associazioni che rappresentano sostanzialmente l'intero sistema sanitario svizzero. Dopo aver condotto uno studio comparativo tra *groupes* utilizzati in Paesi diversi, la versione 3 del rapporto tecnico circoscrive la scelta a due opzioni: l'IRDrg in collaborazione con l'impresa 3M o il GDrg con la collaborazione di INEK. L'associazione SwissDrg si pronuncia, nel dicembre 2005, per l'elvetizzazione del GDrg e la sua progressiva introduzione a partire dal 2008.

#### 4.3. I Paesi nordici: il NordDrg

I Paesi Nordici (Danimarca, Norvegia, Svezia, Finlandia e Islanda) si sono uniti per sviluppare un sistema di classificazione che

rifletta le caratteristiche dei loro sistemi sanitari.

#### *Caratteristiche*

L'insieme di questi Paesi mostra, per quanto concerne i sistemi sanitari, delle similitudini: finanziamento a carico della fiscalità, copertura e accesso alle cure universalistiche, un settore pubblico dominante e una struttura di offerta largamente decentrata, nella quale, però, lo Stato centrale conserva importanti prerogative (La documentation française, 2005).

I Paesi in questione, al fine di intervenire sui sistemi di finanziamento degli ospedali, hanno adottato nel 1987, seppure a titolo sperimentale, la versione 12 del *Medicare Drg*, affidando lo sviluppo e il consolidamento del *groupe* al *Nordic Center for Classification in Healthcare* (NCCH). Contestualmente all'emergere delle prime critiche sugli effetti distorsivi derivanti dall'utilizzo del *groupe* americano, il centro fu incaricato di condurre uno studio per analizzare le specificità dei Paesi nordici e progettare conseguentemente un *groupe* adeguato (Nordic Centre for Classifications In Health Care, 2005a).

Nel 1996, i Paesi nordici rilasciano il loro primo *groupe* comune, il *NORD-Drg*, che utilizza i codici ICD10 per la codifica delle diagnosi e quelli NCSP (Nomesco Classification of Surgical Procedure) per le procedure chirurgiche. L'algoritmo decisionale è stato successivamente declinato per i diversi Paesi, a cui si è aggiunta l'Estonia, nel periodo che va dal 1997 al 2003.

#### *La struttura del NORD-Drg*

La logica del *NORD-Drg* è fortemente ispirata a quella del *Medicare Drg*, anche se sono presenti alcune peculiarità.

La CDM viene determinata a partire dalla diagnosi principale, quando questa non consente l'attribuzione ad una CDM si verifica se la stessa diagnosi principale non sia caratterizzata da una presa in carico particolare, tutta la procedura risulta sostanzialmente equivalente a quella riscontrabile nell'APDrg (Nordic Centre for Classifications In Health Care, 2005b).

Una peculiarità del sistema *NORD-Drg* è che la diagnosi principale permette di deter-

minare una categoria diagnostica, il DGCAT (*Diagnostic Category*), in modo tale che una diagnosi principale non possa che appartenere ad una sola DGCAT.

Ogni diagnosi secondaria è attribuita ad una categoria principale di CC, che risulta poi composta di CC considerati attivi e quelli inattivi. Più del 75% dei Drg si scinde generalmente in due Drg, a seconda della presenza o meno di CC. Esiste anche una lista che raggruppa i ricoveri per i quali la diagnosi principale tiene già conto della severità e per i quali, perciò, le CC sono esclusi.

Infine, vengono tenute in considerazione anche altre caratteristiche del paziente. L'età permette di evitare l'attribuzione di pazienti adulti a Drg pediatrici. Anche il sesso è una variabile rilevante: quando la diagnosi principale non fornisce informazioni sufficienti per l'attribuzione ad una CDM, il sesso del paziente consente di reindirizzare il ricovero verso la sua CDM ottimale. L'ultima caratteristica è lo stato del paziente: esistono quindi tre codici diversi, E per il decesso, R per il trasferimento, L per la dimissione contro il parere del curante, che consentono di discernere fattispecie diverse.

La versione del 2005 comune a tutti i Paesi nordici è formata da 28 CDM che danno luogo a 1024 gruppi finali (Nordic Centre for Classifications In Health Care, 2005b). Nella **figura 6** è rappresentato l'albero decisionale del NORD-Drg.

#### 4.4. Australia: ARDrg

L'Australia rappresenta un caso particolare in quanto essa ha dapprima acquistato il *grouper* americano, adattandolo, e successivamente ha sviluppato un proprio algoritmo.

##### Caratteristiche del sistema

L'Australia è suddivisa in sei diversi Stati e due territori, spende circa il 9% del suo Pil per la sanità (Magarry, 1999). Ogni Stato ha la responsabilità della gestione del proprio sistema, anche se il finanziamento rimane a carico del governo centrale. La principale fonte di erogazione delle cure rimane il programma federale *Medicare* gestito dal luglio 1998 dall'*Australian Health Care Agreements* (AHCA) (Magarry, 1999). Questo è composto di due parti: la parte medica è sotto

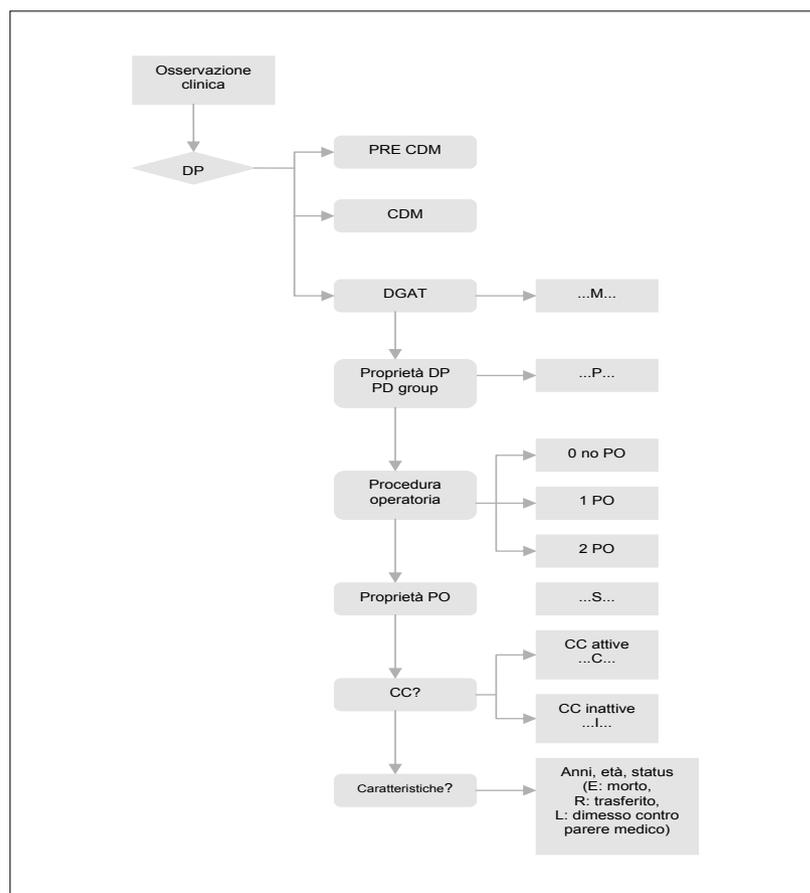
la responsabilità del governo federale e copre l'insieme dei servizi medici, mentre la parte ospedaliera implica una responsabilità congiunta tra gli Stati e il governo (Duckett, 2000).

Il programma che assicura uguaglianza e universalità di accesso alle cure a tutti i cittadini è finanziato all'81% dal governo e dagli Stati (in un rapporto due terzi un terzo), per un 10,4% dai pazienti, per un 4,8% da fondi assicurativi e il residuo attraverso altre fonti (Muldoon, 1999). Gli ospedali pubblici sono generalmente sotto il controllo degli Stati e ciò implica un certo grado di differenziazione, tuttavia il governo è riuscito a imporre una classificazione unica a livello nazionale dei pazienti.

##### Lo sviluppo dei sistemi di classificazione

Il processo di adozione data dalla metà degli anni '80. Lo Stato di Vittoria cominciò allora a studiare le potenzialità dello strumento

**Figura 6**  
Schema dell'algoritmo del sistema di classificazione Nord Drg



Drg (Health Information Services, 2005) per descrivere la natura delle attività dei propri ospedali. Successivamente lo stesso il governo dello stesso Stato finanziò un programma «Casemix» al fine di consolidare nel più breve tempo possibile un sistema di classificazione (Duckett, 2000).

Alla fine degli anni '80 il sistema *Medicare Drg* fu adottato dall'Australia, nonostante questo soffrisse dei riflessi di una base dati costruita sulla popolazione americana. Con lo sviluppo del programma Casemix, il cui scopo è quello di «nazionalizzare» il sistema di classificazione dei pazienti utilizzando basi dati australiane (Duckett, 2000; Casemix Technical Development Department of Health and Ageing, 2005; Palmer, 1998), nel 1992 l'Australia fu il primo Paese ad aver sviluppato un proprio sistema di classificazione. Si tratta dell'«Australian National Drg» (ANDrg) basato sui codici di diagnosi e procedure dell'ICD9 CM e che sviluppa 527 Drg.

Il sistema viene aggiornato nel 1993 e poi nel 1995 con l'introduzione di misure di severità. Nel 1998 viene elaborata una versione 4 (Commonwealth Australia, 1998), che segna un punto di svolta rilevante poiché prevede l'utilizzo dell'ICD 10 CM e una revisione delle CC sotto la forma di un *Clinical Cost Level* (CCL). Il sistema muta quindi nome diventando *Australian Refined Drg* (ARDrg) e la versione 4.1, sempre del 1998, integra la prima edizione dell'ICD 10 AM (versione australiana dell'ICD 10) così come il CCL per l'attribuzione finale del caso ad un *Patient Clinical Cost Level* (PCCL) (Jackson, Watts, Lane, Wilson, 1999). Da allora il sistema è in continua evoluzione (tabella 1).

*La struttura dell'ARDrg versione 5.1*

La codifica degli ARDrg assume un formato del tipo A-DD-S laddove:

– A è un campo alfanumerico che indica il gruppo principale al quale appartiene il Drg, vale a dire la sua CDM;

– DD sono due campi alfanumerici che formano la base ADrg (Adjacent Drg), vale a dire il Drg prima di tutti gli aggiustamenti, il codice permette comunque di identificare la categoria alla quale appartiene il Drg poiché i codici da 0 a 39 sono di tipo chirurgico, quelli da 60 a 99 di tipo medico e da 40 a 59 di altro tipo;

– S è un campo carattere che indica il consumo di risorse associato all'ADrg, con A che rappresenta il livello più alto fino a Z che implica l'assenza di qualunque aggiustamento.

L'albero di decisione si costruisce attorno a 6 variabili discriminanti che sono: i dati clinici, la diagnosi principale, la CDM, la pre CDM, la base ADrg, il CCL e infine il Drg finale.

Il *grouper* raccoglie le informazioni cliniche che consentono la definizione della diagnosi principale che è la causa del ricovero. La diagnosi principale permette l'attribuzione del ricovero ad una delle 23 CDM collegate alla regione del corpo colpita o ad una pre CDM qualora la diagnosi principale non consenta una sufficiente descrizione del caso. Una volta effettuata questa prima attribuzione il *grouper* cerca la presenza di una procedura chirurgica o di una diagnosi che permetta la separazione dei ricoveri chirurgici, da quelli medici o di altro tipo e quindi definisce una base ADrg.

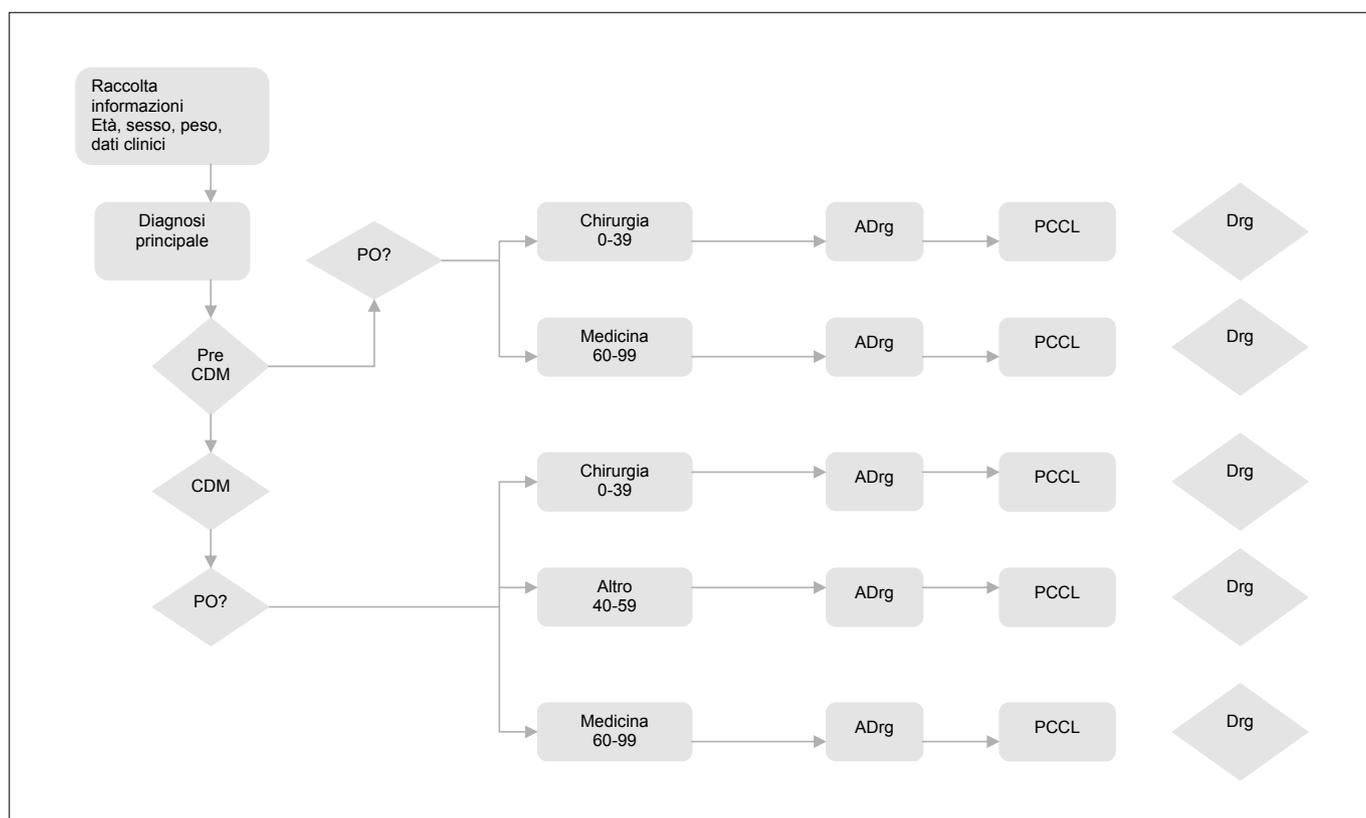
A questo punto il *grouper* cerca di dettagliare l'ADrg utilizzando le caratteristiche del paziente e cioè l'età e le CC. Per ogni diagnosi secondaria viene determinato un indice CCL che può prendere un valore da 0 a 3 per i ricoveri medici e da 0 a 4 per quelli chirurgici e neonatali (Casemix Technical Development Department of Health and Ageing, 2005). Il crescere dell'indice segnala un aumento dell'impatto in termini di risorse consumate. La combinazione dei CCL viene sintetizzata in un PCCL che consente la definizione del Drg finale (cfr. figura 7).

4.5. La Germania: il German Drg (GDrg)

La Germania si colloca con alcune sfumature nel primo gruppo di Paesi. In effetti

**Tabella 1**  
Evoluzione ARDrg

Versione	ARDrg				
	v. 4.1	v. 4.2	v.5	v.5.1	v5.2
Anno	1998	2000	2002	2004	settembre '06
N. gruppi	661	661	665	665	?
Codifica	ICD 10 AM 1°	ICD 10 AM 2°	ICD 10 CM 3°	ICD 10 CM 4°	ICD 10 CM 5°



la Germania ha acquistato un *groupier* e da allora ha sempre proceduto alla sua «nazionalizzazione». Tuttavia la sua scelta non è ricaduta su un *groupier* americano, ma sulla versione 4.1 dell'ARDrg australiano. Il sistema non è stato comunque ancora definitivamente adottato come strumento di pagamento prospettico.

#### Caratteristiche del sistema

L'appartenenza originale del sistema tedesco al modello bismarkiano comporta delle similitudini con il sistema francese, con un finanziamento assicurato prevalentemente dai contributi sociali e una prevalenza di ospedali pubblici. La quasi totalità (99,9%) della popolazione tedesca è coperta da un sistema mutualistico finanziato all'88% dallo Stato. Ciascun Land è responsabile del sistema di offerta, tuttavia lo Stato federale interviene sull'organizzazione e sul finanziamento. A partire dal 1996 gli ospedali sono finanziati con un *budget* complessivo, ma di fronte al permanere dei problemi, la riforma

del 2000 ha previsto l'adozione di un sistema di pagamento basato sul *casemix* (Rau, Heming, 2005). Tale riforma si iscriveva in quadro più generale (cosiddetta Agenda 2010) di creazione di strutture autonome in grado di consentire l'adozione di un sistema di finanziamento basato sul GDrg. A tal fine è stata creata una specifica associazione che riunisce i tre principali attori coinvolti:

- la GHF (*German Hospitalisation Federation*) che rappresenta gli interessi di tutti gli ospedali tedeschi;
- la PHI (*Private Hospitalisation Insurance*) che rappresenta gli interessi dei fondi assicurativi privati;
- la SHI (*Social Health Insurance*) che rappresenta la mutua pubblica.

La missione dell'associazione è quella di coordinare gli sforzi e gestire gli accordi dei tre attori per consentire la piena adozione del sistema di classificazione. La sua azione è supportata dall'INEK o «Istituto GDrg» che è responsabile dello sviluppo della classifi-

**Figura 7**  
Schema dell'algoritmo  
del sistema  
di classificazione  
degli ARDrg

cazione (Altenstetter, Busse, 2005; Rau, Heming, 2005).

#### *Lo sviluppo del sistema di classificazione*

Come già segnalato, la scelta del *grouper* è ricaduta sulla versione 4.1 dell'ARDrg australiano (Scholtmann, 2004). A fronte delle resistenze dei clinici e dei fondi assicurativi e del tempo necessario per il suo adattamento al contesto nazionale (la versione 4.1 è stata transcodificata e «nazionalizzata» tra il 2000 e il 2002 per dare luogo al GDrg 1.0 nel 2003), il *grouper* è stato adottato nel 2003 su base volontaria (Duriez, 2003; Altenstetter, Busse, 2005). La versione originale è stata poi modificata per dare luogo al GDrg 2004 che comprende 824 gruppi finali e 25 voci di costo addizionali. A sua volta il GDrg 2004 è stato modificato (nuove definizioni, nuovi metodi di calcolo dei pesi) trasformandosi nel GDrg 2005 composto sempre da 824 GDrg ma incrementato nelle voci di costo addizionali che diventano 75.

Nel 2004 la classificazione diviene obbligatoria anche se senza alcun impatto sul sistema di finanziamento. È solamente dal 2005 che viene utilizzato come sistema di finanziamento, ma per una quota limitata pari al 15%. Dal 2005 al 2010 si prevede una fase di progressiva convergenza tra le diverse tariffe e *budget* applicate agli ospedali per giungere ad un sistema unico (Rau, Heming 2005).

#### *La struttura del GDrg*

La struttura dell'albero decisionale tedesco presenta gli stessi snodi fondamentali di quello australiano. In effetti la codifica dei ricoveri si realizza attraverso quattro campi alfanumerici di tipo A-DD-S.

Analogamente al sistema australiano il *grouper*, a partire dai dati raccolti, attribuisce una CDM sulla base della diagnosi principale. Successivamente discrimina i ricoveri sulla base della presenza o meno di procedure chirurgiche o di alcune diagnosi particolarmente significative in termini di assorbimento di risorse. I ricoveri classificati nello stesso Drg base, e quindi un lo stesso codice DD, possono, a loro volta, presentare ancora differenze significative per risorse consumate. Il *grouper* va quindi a ricercare

CC che oltre a influenzare la complessità dei casi sono fonti potenziali di sovraconsumo di risorse. Le CC definiscono per ogni diagnosi un CCL. La combinazione di questi, anche nelle loro possibili interazioni, viene riassunta in un PCCL che consente di segmentare i Drg base in Drg finali (824 in 25 CDM).

#### 4.6. L'Austria: l'LDF

L'Austria appartiene alla seconda tipologia di Paesi. In effetti gli austriaci all'inizio si sono ispirati al *grouper* americano, ma hanno poi sviluppato il proprio algoritmo. La gestione del sistema sanitario austriaco è fortemente decentralizzata come quello svizzero o tedesco, ma il sistema di classificazione rimane sotto la responsabilità del governo nazionale, per cui è unico a livello nazionale.

#### *Caratteristiche del sistema sanitario austriaco*

L'Austria è divisa in nove *Lander* su cui ricade anche la gestione degli ospedali pubblici. Il sistema ospedaliero è finanziato principalmente dalle casse malattia (39%), dai *Lander* (16,2%) e dallo Stato e dai Comuni (8% ciascuno). Si prevedono alcune riforme strutturali del sistema ospedaliero con la creazione di una agenzia federale sanitaria e di nove «piattaforme» sanitarie, una per ogni *Land* con l'obiettivo di sviluppare forme di *partnership* pubblico privato (23).

In passato il modello di finanziamento degli ospedali era basato su un forfait giornaliero, a partire dal 1990 viene concepita una nuova procedura di rimborso sul modello del Drg americano. Tuttavia l'Austria non disponeva di dati sulle procedure (Pesc, 2002), così, tra il 1991 e il 1997, il Paese sviluppa il sistema, in un quadro complessivo di finanziamento degli ospedali orientato alle performance («Leistungsorientierte Krankenanstalten-Finanzierung» LKF), attraverso diverse fasi:

- sviluppo di un catalogo delle procedure (circa 900);
- valutazione in un campione di 20 ospedali dei costi delle procedure, dell'assistenza infermieristica e dei servizi ausiliari come la lavanderia o le cucine al fine di definire un

livello base per gli LDF (*Leistungsbezogene Diagnose-Fallgruppen*);

- creazione di raggruppamenti omogenei di ricoveri per formare gli LDF finali.

Nel 1997 l’Austria introduce il sistema creato inizialmente a partire dai dati dei 20 ospedali. Il sistema di classificazione permette di creare circa 900 LDF a partire dalla codifica ICD 9. Tra il 1999 e il 2001 si sviluppa un progetto di revisione del sistema, mentre alcuni ricoveri difficilmente integrabili in un sistema LDF, come la geriatria, le cure palliative e le unità intensive, rimangono rimborsati a giornata di degenza. I risultati della revisione vengono introdotti nel 2002 e da quell’anno il sistema è aggiornato annualmente (Herausgeber, 2006).

**Il sistema LDF**

Il grouper per definire gli LDF procede in tre tappe:

- nel primo passaggio il grouper raccoglie le informazioni sui ricoveri e segmenta o in relazione alle procedure (sostanzialmente di tipo chirurgico) intervenute (*MELgroup*) o alla diagnosi principale (HDG);

- il grouper attribuisce le procedure ad uno dei 188 *MELgroup* e le diagnosi ad uno dei 230 HDG sulla base di criteri economici, medici e statistici;

- il grouper realizza l’attribuzione del paziente ad uno dei 367 LDF che derivano dai *MELgroup* o ad uno 475 LDF che derivano dai gruppi HDG a partire da attributi quali l’età, le procedure mediche o chirurgiche, il combinarsi delle diverse procedure, la diagnosi principale, i costi aggiuntivi, alcuni dipartimenti speciali (Herausgeber, 2006).

Accanto al sistema LDF esistono ricoveri particolari che non riescono ad essere trattati adeguatamente dal sistema di pagamento prospettico come le cure intensive, le cure palliative, la geriatria, la psichiatria. Così il LKF identifica questi casi e li remunera attraverso rimborsi giornalieri con un sistema di graduazione che usa tra gli altri il TISS 28 (*Therapeutic Intervention Scoring System*) per le unità intensive.

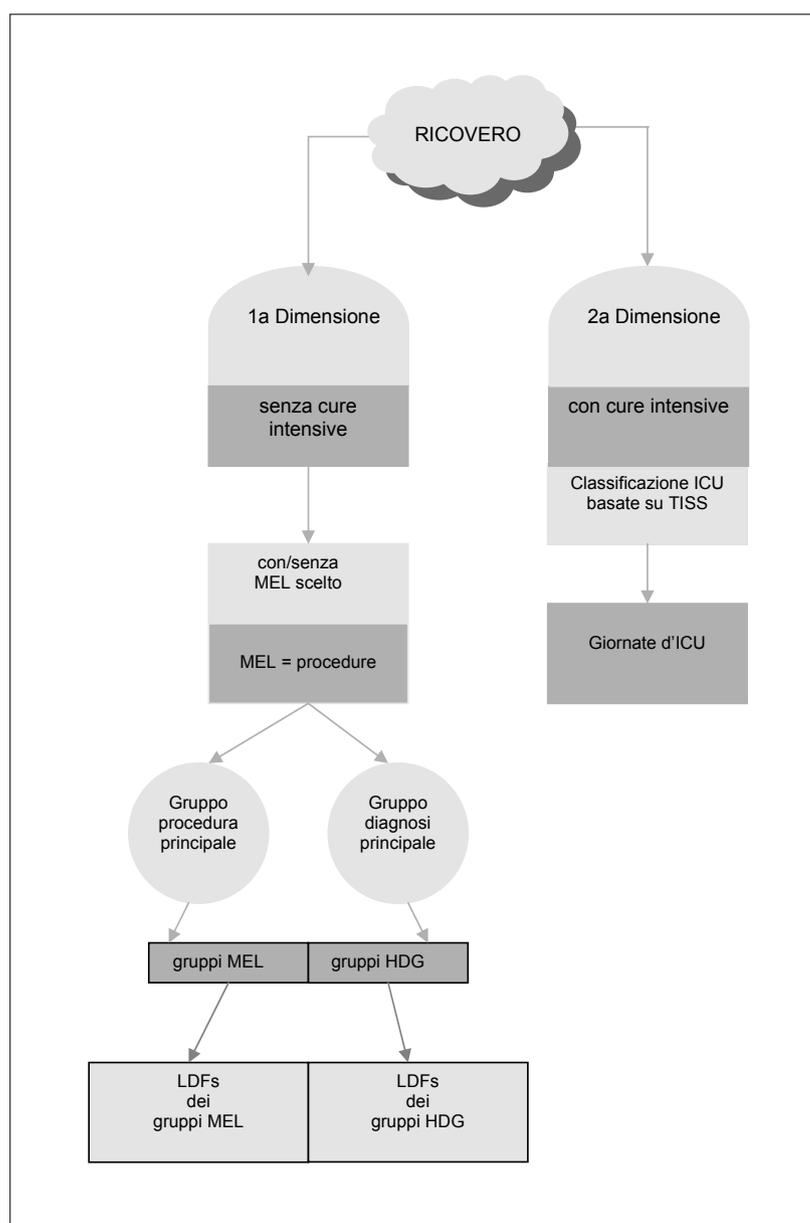
La figura 8 sintetizza l’albero decisionale per la formazione degli LDF finali.

La prospettiva del sistema è quella di integrare nel meccanismo anche l’area delle prestazioni ambulatoriali, attraverso la creazione di un catalogo delle procedure ambulatoriali (Herausgeber, 2006).

**4.7. Il Regno Unito: l’HRG**

Il sistema di classificazione anglosassone si colloca con alcune sfumature nella seconda tipologia. Infatti il Regno Unito si è ispirato alla filosofia del Drg ma ha sviluppato

**Figura 8**  
Albero decisionale del sistema di classificazione LDF



una propria logica di raggruppamento dei ricoveri conosciuta come HRG (*Healthcare Resource Groups*).

#### *Il sistema sanitario britannico*

Il National Health Service (NHS) britannico è finanziato principalmente attraverso la tassazione generale e assicura l'universalità nell'accesso alle cure. Nel corso degli anni il NHS ha conosciuto tre grandi periodi scanditi da due grandi riforme nel 1991 e nel 2000:

- un sistema integrato secondo il classico modello «command and control»;
- un sistema che incorpora i modelli di quasi-mercato dopo la riforma del '91 sotto il governo Thatcher;
- un modello di cooperazione tra reti professionali in seguito alla riforma del 2000 sotto il governo Blair (Queinsec Francois, 2004).

In seguito a tale ultima riforma il sistema si struttura in due parti principali: le cure primarie e quelle specialistiche che comprendono l'area ospedaliera, quella dell'urgenza e la psichiatria. Dalla riforma del 2000 le cure primarie sono organizzate in circa 300 *Primary Care Trust* che intervengono anche sul flusso di risorse nei confronti dei fornitori del NHS. La stessa riforma ha creato anche 28 *Strategic Health Authorities* che hanno la funzione di supportare i PCT anche nella pianificazione delle strategie (National Health Service, 2006; National Health Service England, 2005).

Le principali direttrici previste dalla riforma del 2000 sono:

- un aumento della libertà del paziente;
- la riduzione delle liste di attesa;
- un aumento progressivo della spesa sanitaria pubblica fino a raggiungere l'8% del Pil nel 2008;
- l'introduzione di sistemi di pagamento basati sui risultati;
- evitare le disparità regionali attraverso l'introduzione di una tariffa unica nazionale (HRG) e di un coefficiente di variazione, il MFF (*Market Forces Factor*) per tenere conto delle disparità di costi tra le diverse aree geografiche (Sutch, 2004).

#### *Il PbR (payment by results): l'HRG*

Il pagamento dei risultati rappresenta una modalità di remunerazione dei soggetti che forniscono prestazioni sanitarie che dovrebbero creare degli stimoli positivi nel sistema e migliorare trasparenza ed efficacia (Dredge, 2004; Dunn, Tracey, 2005). Il *Casemix Office* aveva già elaborato un sistema di classificazione l'HRG, utilizzato a fini di gestione interna degli ospedali, quando, in questo quadro, il governo attivò dei gruppi di lavoro incaricati di mettere a punto strumenti che consentissero l'applicazione del principio PbR a partire dal 2004-2005. Per rispondere in un primo tempo agli obiettivi fissati dal governo, nel 2003 venne revisionato il sistema HRG, dando luogo alla versione 3.5.

Una nuova versione HRG 4 è in corso di realizzazione e integrerà nuove classificazioni per tenere conto di nuove popolazioni di pazienti (patologie croniche, pazienti oncologici, pazienti pediatrici, alcuni nuovi ambiti specialistici) (Dredge, 2004). Il programma *Casemix* ha, appunto, la responsabilità di rivedere o sviluppare nuove classificazioni (Mountney, 1998). Nel frattempo è stata sviluppata una nuova classificazione delle procedure chirurgiche (NIC - *National Intervention Classification*) che ha sostituito la precedente OPCS4 (Bradley, 2004).

#### *La struttura dell'HRG 3.5*

Non viene qui presa in considerazione la versione 4 perché ancora in fase sperimentale. La versione 3.5 è quella utilizzata per l'introduzione delle prime tariffe nazionali degli HRG che coprono per un 60% i costi dei ricoveri.

La logica del raggruppamento operato dall'HRG è simile a quello del Drg. A partire dalle informazioni raccolte, la classificazione categorizza i ricoveri in base alla presenza di procedure chirurgiche codificate attraverso l'OPCS4. L'HRG gerarchizza le procedure chirurgiche sulla base del loro consumo di risorse. Se il ricovero comprende una sola procedura, essa costituirà la base per l'HRG, in caso di più procedure l'algoritmo attribuisce un numero corrispondente all'assorbimento di risorse.

I ricoveri privi di procedure chirurgiche sono categorizzati attraverso la diagno-

si principale per la formazione dell'HRG base. L'algoritmo utilizza poi gli attributi del paziente per la definizione dell'HRG finale. Il sistema anglosassone ne considera particolarmente due: l'età e la presenza di comorbidità. Tale ultimo attributo viene determinato a partire da una lista predefinita di diagnosi secondarie considerate come fonte di CC. La **figura 9** sintetizza l'algoritmo in questione (Healthcare Resource Group, 2006).

### 3.8. La Francia: il GHM

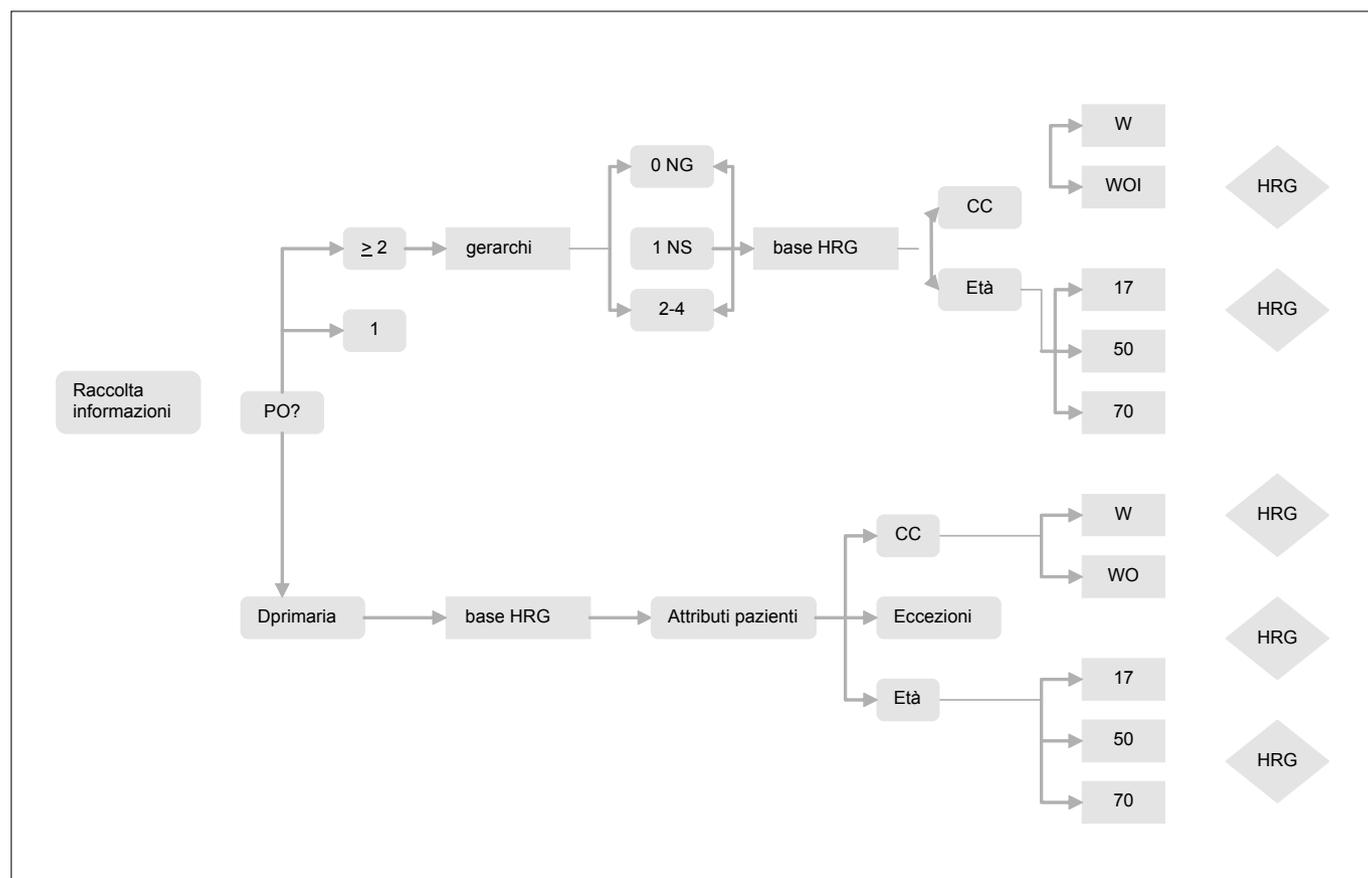
Il sistema di classificazione dei pazienti si colloca nella seconda tipologia. Infatti la Francia ha dapprima acquistato e poi adattato al contesto la versione 4 dei Drg americani. Il progetto necessitava prima di tutto la ridefinizione del sistema informativo ospedaliero e la creazione di numerosi nuovi strumenti (La documentation française, 2005).

### Caratteristiche del sistema francese

Il sistema sanitario francese è fondato su principi solidaristici con un finanziamento assicurato prevalentemente da contributi sociali. Dal 2000 è stato formalmente introdotto il principio di universalità attraverso la creazione della *Couverture Maladie Universelle* (Duriez, 2000). Il sistema tende verso una forma ibrida di nazionalizzazione per l'introduzione di un finanziamento parziale attraverso la tassazione generale e alcune limitazioni della libertà di accesso agli specialisti. Lo Stato francese è comunque il garante del sistema complessivo, della sua organizzazione e del suo finanziamento al quale viene destinato il 9,5% del Pil (Department «Health System Financing» HSF, 2005).

L'assicurazione malattia obbligatoria finanzia circa il 75% delle spese, di cui il 47% vanno agli ospedali, al tempo stesso più dell'87% delle famiglie hanno una assicura-

**Figura 9**  
Schema dell'algoritmo del sistema di classificazione HRG



zione complementare per finanziare la parte non coperta.

A fronte dei continui aumenti delle spese sanitarie sono state attuate diverse riforme, intervenendo ora sulla domanda ora sull'offerta. Da questo punto di vista, il settore ospedaliero rimane uno dei più critici e vi sono stati interventi sulla allocazione delle risorse, mentre una attenzione progressiva è stata posta sui sistemi informativi.

#### *Evoluzione e adozione del sistema francese di classificazione*

Nel 1986 è stata elaborata la versione 0 del GHM (*Groupe Homogene de Malades*) sulla base della versione 4 degli APDRg americani. La versione 1 marca una prima specificità francese con la creazione di una CDM 24 per i ricoveri di un giorno (Ministère de la santé et des solidarités, 2006). La versione 3.4 del 1996 rappresenta un altro punto di svolta poiché introduce l'ICD10 e nuove patologie come le infezioni HIV, i politraumi gravi e i trapianti d'organo.

La versione 5.6 del 2000 vede l'introduzione di un GHM per le sedute di radioterapia, mentre la versione 7.9 del 2004 porta la numerazione dei GHM su sei cifre ed estende la CDM 24 ai ricoveri di meno di due giorni. Questa versione rappresenta una prima tappa nell'adattamento del sistema di classificazione alle esigenze di un sistema di tariffazione per attività che intendeva diminuire le disparità più evidenti nelle durate delle degenze tra diverse strutture e in particolare tra il settore pubblico e quello privato (Agence Technique de l'Information Hospitalière, 2006).

La versione 7.10 del 2006 è caratterizzata dalla creazione di una specifica CDM per i GHM di «seduta» (dialisi, gastroscopia, ...), dalla sforzo di omogeneizzare i ricoveri all'interno dei GHM, e soprattutto dalla utilizzazione dei soli codici CCAM (*Classification Commune des Actes Médicaux*) invece dei precedenti CDAM (*Catalogue Des Actes Médicaux*). Rappresenta una seconda rilevante tappa nell'adattamento alla tariffazione per attività e una risposta alle esigenze di miglioramento nella descrizione di certe attività e di estensione del numero di GHM con sovracosti, il cui fine è di incorporare nel sistema i dispositivi medici impiantabili

(Agence Technique de l'Information Hospitalière, 2005).

#### *L'algoritmo dei GHM versione 7.10*

Il funzionamento del *grouper* rimane simile a quello degli APDRg a cui si è inizialmente ispirato. Infatti la diagnosi principale e la presenza di una procedura chirurgica costituiscono le variabili discriminanti nella determinazione del GHM finale. Il *grouper* testa in primo luogo se il ricovero è un GHM «di seduta» e in caso positivo lo orienta verso la CDM 28. Se la degenza dura meno di due giornate il caso viene orientato verso la CDM 24. Il *grouper* testa infine la presenza di due diagnosi principali di traumatismi su almeno due regioni differenti per eventualmente orientare i ricoveri verso la CDM 26 (traumatismi gravi). Il *grouper* testa infine se la diagnosi principale corrisponde a una infezione HIV, nel qual caso il ricovero è orientato verso la CDM 25.

Per le CDM da 1 a 23, la sola diagnosi principale consente la loro attribuzione. Una volta determinata la CDM, il *grouper* categorizza i ricoveri considerando prima la presenza di una procedura chirurgica, poi l'età, le diagnosi secondarie associate e più raramente le modalità di uscita del paziente. Una particolarità francese è la presenza di procedure non chirurgiche che influenzano la categorizzazione nei GHM medici. La determinazione del GHM finale tiene anche in considerazione la presenza di complessità e comorbidità.

La versione 7.10 ha creato 50 nuovi GHM, rispetto alla versione precedente, il cui scopo è di individuare tecniche e pratiche particolari, di migliorare la descrizione delle attività raggruppate sotto la CDM 24 e anche di consentire l'inserimento dei dispositivi impiantabili nel prezzo del GHM. Le modificazioni apportate nelle classificazioni hanno impattato particolarmente sulle strutture private poiché queste, a differenza di quelle pubbliche, a partire dal 2005 sono remunerate al 100% attraverso la tariffa.

È in corso di sviluppo una classificazione in grado di descrivere adeguatamente le lungodegenze e la riabilitazione. La Francia come altri Paesi cerca, da questo punto di vista, di estendere il modello di finanziamento e allocazione delle risorse basato sulle attività

a ricoveri diversi da quelli tradizionalmente considerati. La principale debolezza del sistema di classificazione è nella determinazione e definizione dei livelli di severità, tuttavia è in fase di avvio un progetto di revisione con una apertura sul modello australiano.

L'algoritmo di raggruppamento del sistema 7.10 è sintetizzato nella **figura 10**.

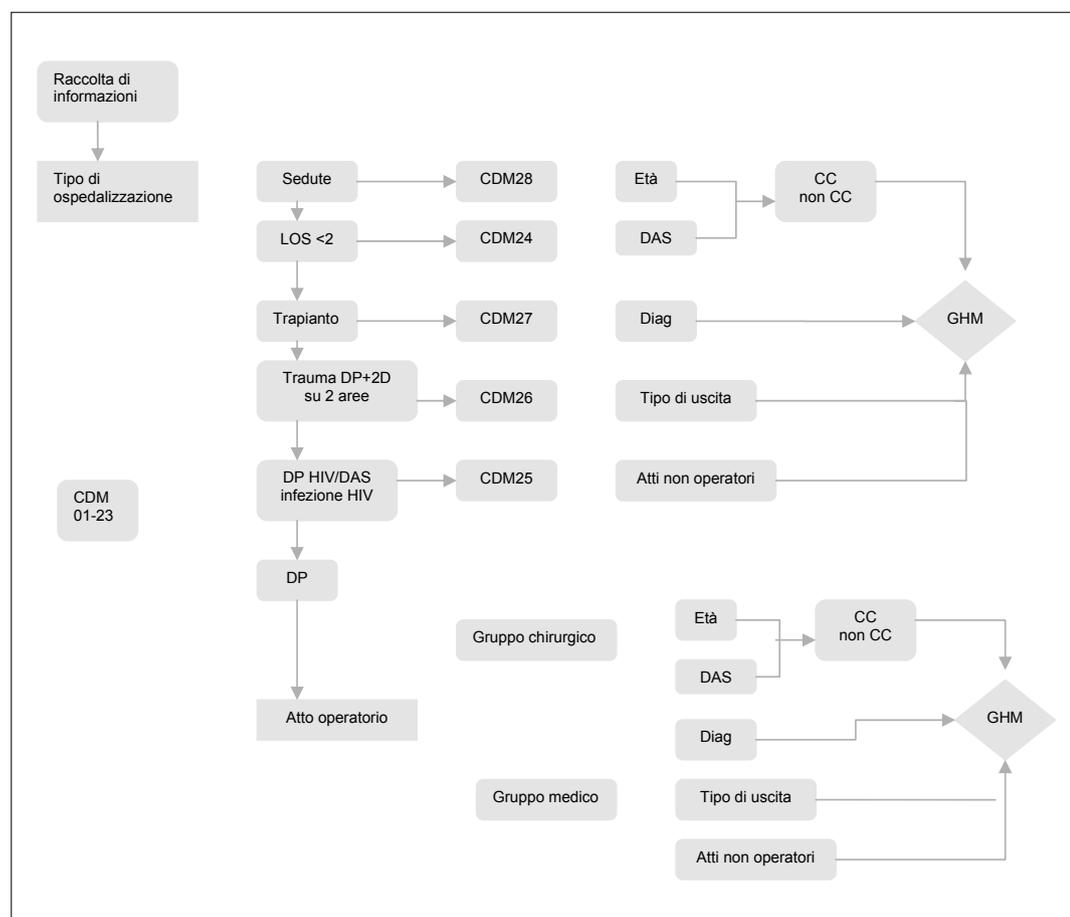
### 5. La sfida dei sistemi di classificazione per il pagamento prospettico

La maggior parte dei Paesi occidentali sperimenta le medesime problematiche nelle modalità di allocazione delle risorse, nonostante le differenze nei sistemi sanitari. Le difficoltà consistono nel contenimento nei tassi di crescita delle spese sanitarie, e specialmente quelle del settore ospedaliero, l'incremento nei livelli di efficienza nella produzione dei servizi, il miglioramento della qualità delle cure. Il pagamento prospettico

rappresenta perciò un sistema particolarmente attraente per aumentare il ruolo dei meccanismi di finanziamento in relazione al perseguimento di tutti questi obiettivi. La qualità di tali meccanismi è però criticamente legata alla capacità dei sistemi di classificazione di descrivere e gerarchizzare correttamente le prestazioni sanitarie.

#### 5.1. I principi del pagamento prospettico

Il pagamento prospettico è internazionalmente adottato come strumento di allocazione delle risorse nel settore ospedaliero in sostituzione dei sistemi di pagamento retrospettivi come i *budget* globali o i pagamenti per prestazione, una volta largamente diffusi nei sistemi sanitari (Mission T2A, 2006). Questi ultimi presentavano il vantaggio di stimolare un aumento nella qualità delle prestazioni a fronte, però, di un aumento incontrollato nel volume complessivo di singole prestazioni o



**Figura 10**  
Schema dell'algoritmo del sistema di classificazione GHM

procedure. In più i sistemi retrospettivi non stimolavano i produttori a governare più di tanto i loro processi produttivi e a ricercare l'efficienza.

Il pagamento prospettico si basa sul principio della fissazione del prezzo sulle cure erogate e quindi indipendentemente dai costi di produzione. Ciò permette di minimizzare le asimmetrie informative a favore di chi produce e stimola uno sforzo in direzione della riduzione dei costi. L'interesse per un tale sistema di regolazione è legato alla possibilità di introdurre un meccanismo concorrenziale nei sistemi sanitari attraverso il quale i rischi non siano più sopportati solo dal regolatore, ma anche dal produttore. Quest'ultimo diventa responsabile delle proprie scelte tecnologiche e dei propri parametri produttivi, utilizzando la propria «rendita informativa» per ottimizzare i processi produttivi, cosa che il regolatore non poteva fare con il pagamento retrospettivo.

La tariffazione su attività conduce alla definizione di una tariffa in relazione alla produzione in modo da fare corrispondere a ciascuna patologia o gruppo di patologie un pagamento forfettario. La formazione di queste tariffe diverge nei diversi Paesi a seconda del modello economico assunto come riferimento. Shleifer propone una prima modellizzazione economica del pagamento prospettico (Dormont, Milcent, 2005a, 2005b). Questo modello si basa sull'ipotesi che i parametri di produzione degli ospedali siano identici e che le differenze nei costi siano dovuti ai cosiddetti «rischi morali». Il modello presenta il vantaggio di essere facilmente utilizzabile e tuttavia le ipotesi sono riduttive e poco realistiche (Delattre, Dormont, McClellan, Milcent, 2001). L'idea di neutralizzare le differenze nei costi di produzione sottointende l'omogeneità delle strutture, dei pazienti trattati e, soprattutto, nella qualità delle cure. La realtà è molto differente.

Differenti varianti di questo modello economico si sono sviluppate modificandone le ipotesi di base. I nuovi modelli prendono in considerazione l'eterogeneità dei costi di produzione tra le strutture. Le divergenze nei modelli nascono dal fatto che tale eterogeneità si compone di due parti di cui una è conosciuta dal produttore e l'altra deriva da fattori esogeni non controllabili dal produttore stesso.

Gli studi condotti sui modelli economici di pagamento prospettico convergono verso l'efficienza di un modello di regolazione nel quale coesistono due forme di allocazione delle risorse (Mission T2A, 2006). Ciò pone il problema della definizione di un coefficiente di ripartizione tra le due forme. Ogni Paese ha scelto un coefficiente di ripartizione in relazione alla natura del suo sistema sanitario. Esistono effetti perversi di cui i principali sono (Henriet, Moschetti 2002; Barros, 2003):

- *il rischio di selezione dei pazienti*, le strutture possono selezionare i pazienti in modo che i loro costi di produzione siano inferiori alla tariffa;

- *il rischio della bassa qualità*, il pagamento prospettico incentiva il produttore alla riduzione dei costi e ciò può stimolare una strategia di bassa qualità;

- *l'upcoding* (Lüngen, Lauterbach, 2000), che si definisce come una strategia deliberata di classificazione del paziente in una classe tariffaria superiore;

- *il trasferimento dei ricoveri*, se gli studi sottolineano i vantaggi derivanti dalla coesistenza di due sistemi di pagamento diversi, la coesistenza rende possibile il trasferimento di alcuni ricoveri verso altri segmenti della filiera dove non vigono sistemi prospettici.

Per attenuare gli effetti perversi il regolatore può adottare strategie diverse, ma un elemento indispensabile è il costante miglioramento dello strumento fondamentale di ogni pagamento prospettico: il sistema di classificazione dei pazienti.

## 5.2. Il sistema di classificazione nel pagamento prospettico

Il sistema di classificazione dei pazienti può costituire una risposta ai rischi appena delineati:

- *selezione dei pazienti*, il miglioramento dei criteri di raggruppamento permette di formare dei gruppi di ricoveri più omogenei in termini di costi e quindi minimizzare la possibilità e i vantaggi collegati alla selezione;

- *upcoding*, il miglioramento nella descrizione dei ricoveri limita la discrezionalità nell'assegnazione ai diversi gruppi;

– *trasferimento dei ricoveri*, le ultime generazioni di sistemi sono sempre più orientate nelle regole di raggruppamento a considerare le procedure piuttosto che le diagnosi, tale evoluzione consente di estendere le logiche prospettiche a segmenti della filiera diversi da quelli tradizionali, diminuendo la convenienza e la possibilità di comportamenti opportunistici.

La scelta di specifico algoritmo ha dei riflessi importanti sul funzionamento effettivo dei sistemi tariffari, è quindi necessario che ogni Paese scelga il proprio sistema di classificazione in relazione alle ipotesi sui comportamenti economici e al funzionamento complessivo del proprio sistema sanitario.

## 6. Conclusioni

Il *Drg Medicare* è stato inizialmente sviluppato per studiare il consume di risorse degli individui arruolati nel programma e poi utilizzato per permettere l'introduzione di sistemi di pagamento prospettico. A fronte del suo successo è stato successivamente esteso a tutta la popolazione ospedaliera, ma ha dovuto subire profonde modificazioni per rispondere ai suoi nuovi compiti. Nonostante tutti gli interventi, rimane tuttavia profondamente segnato dalla sua concezione iniziale.

Il sistema APDRg è importante perché riesce a caratterizzare meglio le nuove popolazioni considerate. Rappresenta una seconda generazione dei sistemi perché introduce misure di severità dei casi attraverso i livelli di complessità (IRP, 1994). Tuttavia il sistema soffre ancora di una dipendenza dal sistema originale.

L'APDRg è la terza generazione. Rompe la dipendenza dal sistema originale, utilizzando come base di riferimento l'APDRg. Consolida l'algoritmo decisionale a partire da una base dati storica di circa otto milioni e mezzo di ricoveri (Averill *et al.*, 2003). Ciò che ci si attende da questa classificazione è una migliore funzionalità non limitata ai sistemi di pagamento, ma estesa ai rischi di mortalità e di severità connessi al ricovero. Inoltre il sistema di «raffinamento» viene completamente rivisto e non si basa più sulle diagnosi secondarie identificate ai tempi della creazione del sistema *Medicare*. Questa

ultima generazione di sistema è, da questo punto di vista, più precisa e affina decisamente le variabili considerate per l'attribuzione ai gruppi finali.

L'IRDRg è una classificazione leggermente diversa dalle altre poiché non cerca di migliorare la descrizione di una specifica popolazione ma di descriverle tutte. Infatti, il suo obiettivo è quello di essere trasversale a tutti i segmenti della filiera di cura e non più esclusivamente focalizzato all'area ospedaliera. Questa estensione implica numerose modifiche nel funzionamento dell'algoritmo che è ormai orientato più alle procedure che alle diagnosi. Il principale inconveniente di cui soffre il sistema è che i codici di procedura non sono sufficienti per l'attribuzione dei ricoveri ai gruppi finali e devono essere utilizzati più volte nell'algoritmo.

A fronte delle diverse tipologie di sistema i Paesi hanno optato per una modalità di adozione. Alcuni hanno preferito «nazionalizzare» un *grouper* già funzionante, che però soffriva della origine collegata ad una base dati americana, altri hanno fatto la scelta di sviluppare il proprio *grouper* ispirandosi agli algoritmi americani.

L'interesse verso i sistemi di classificazione è elevato, in particolare per le potenzialità che hanno nel modificare i comportamenti degli attori in gioco. Il pagamento prospettico, reso possibile dai sistemi di classificazione, rappresenta una modalità di finanziamento interessante per la sanità in quanto, da una parte, collega i costi alle tipologie di ricovero, dall'altra, consente di misurare la qualità delle cure con nuovi indicatori come nel caso delle misure di severità e di rischio di mortalità introdotte dall'APDRg.

Ogni Paese cerca di adottare il sistema di classificazione che ritiene migliore, pur tenendo conto degli ostacoli collegati alle basi dati. Nella ricerca dell'ottimalità si osserva, comunque, una certa convergenza delle classificazioni verso un modello europeo. Tale convergenza si traduce sia in una similarità nel funzionamento dell'algoritmo sia nella sua utilizzazione come strumento di finanziamento e quindi di allocazione delle risorse.

## B I B L I O G R A F I A

- AGENCE TECHNIQUE DE L'INFORMATION HOSPITALIÈRE (2005), «Proposition pour des Ajouts à la Version 10 de la classification des ghm», Technical report, ATIH.
- AGENCE TECHNIQUE DE L'INFORMATION HOSPITALIÈRE (2006), «Présentation Générale de la 10eme version de la classification des GHM», Version 10.10 de la fonction groupage.
- ALTENSTETTER C., BUSSE R. (2005), «Healthcare Reform In Germany: Patchwork Change within Established Governance Structures», *Journal of Health Politics, Policy and Law*, February 1, 30 (1-2), pp. 121-142.
- AVERILL R.F. (1998), «Public Dissemination of Provider Performance Comparisons in the United States», *Healthcare Quarterly*, 1 (3), pp. 39-41.
- AVERILL, GOLDFIELD, HUGHES, BONAZELLI, McCULLOUGH, STEINBECK, MULLIN, TANG (2003), «All Patient Refined Diagnosis Related Group (version 20.0)», Technical report, 3M.
- AVERILL R.F., MULDOON J.H., VERTREES J.C., GOLDFIELD N.I., MULLIN R.L., FINERAN E.C., ZZHANG M., (1998), «The evolution of Casemix Measurement Using Diagnosis Related Group (Drgs)», Technical report, 3M.
- BARROS P. PITA (2003), «Cream-skimming incentives for efficiency and payment system», Technical report, Faculdade de Economia Universidade Nova de Lisboa Travessa, Estevao Pinto, Portugal.
- BRADLEY J. (2004), «Developing A New National Intervention Classification For the NHS In England», PCSE Casemix.
- CASEMIX TECHNICAL DEVELOPMENT DEPARTMENT OF HEALTH AND AGEING (2005), *Australian Refined drg classification development*, Technical report, Australian Government of Health and Ageing.
- COMMONWEALTH AUSTRALIA (1998), «Development of the Australian Refined Drg Classification Version 4», volume 1.
- DELATTRE E., DORMONT B., MCCLELLAN M., MILCENT C. (2001), «Systèmes de tarification et évolutions de la variabilité des coûts hospitaliers en France et aux Etats-Unis», Technical report, Ministère de l'emploi et de la solidarité, DREES, Université Paris Nanterre.
- DEPARTMENT «HEALTH SYSTEM FINANCING» (HSF) (2005), «Le financement du système de santé en France: Rôle et organisation de l'assurance maladie obligatoire», Technical report, World Health Organization Geneva.
- DORMONT B., MILCENT C. (2005a), «How to regulate Heterogenous Hospitals?», *Journal of Economics and Management Strategy*, 3, pp. 591-621.
- DORMONT B., MILCENT C. (2005b), *Tarification des hôpitaux: la prise en compte des hétérogénéités*, Université Paris X.
- DUCKETT S.J. (2000), «The Development of Australian Refined Diagnosis Related Group: The Australian Inpatient Classification system», *Casemix Quarterly*, 2 (4), pp. 115-120.
- DUNN C., TRACEY S. (2005), «Payment by results : German lessons?», *Spectrum*, Policy and technical perspectives for CIPFA members and students, november, 10, pp. 3-5.
- DURIEZ M. (2000), «Le Système de Santé en France», Technical report, mai, Haut Comité de Santé Publique.
- DURIEZ M. (2003), «La réforme du système de santé allemand: la recherche d'une régulation structurelle», *ADSP*, rubrique internationale, septembre, 44, pp. 58-60.
- HARRIS S. (2005), *Medicare Severity-Refined drg: An improved system*, IRP inc.
- IRP (1994), «Refinement Of the Medicare Diagnosis Related Group To Incorporate a Measure of Severity», Technical report, Health Care Financing Administration.
- HEALTHCARE RESOURCE GROUP (2006), Documentation Set version 3.5.
- HEALTH INFORMATION SERVICES (2005), «Diagnosis Related Group Classification System», Technical report, The Royal Women's Hospital.
- HEAVENS DR J. (1999), «An overview of casemix groupings such as drgs and hrgrs, their use for improved clinical and administrative healthcare management, and recommendations for a way forward in South Africa», Technical report, *The Missing Link In South African Healthcare Management*.
- HENRIET D., MOSCHETTI K. (2002), «Fondements théoriques et références bibliographiques». Technical report, *Mission Tarification à l'activité*.
- HERAUSGEBER (2006), «Leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung - LKF systembes - chreibung 1», *Medieninhaber und Hersteller: Bundesministerium für Gesundheit und Frauen Radetzkystraße*.
- IRP (1994), «Refinement Of the Medicare Diagnosis Related Group To Incorporate a Measure of Severity», Technical report, Health Care Financing Administration.
- JACKSON T., WATTS J., LANE L., WILSON R. (1999), «Data comparability in patient level clinical costing systems», *Casemix Quarterly*, 1(1), pp. 36-45.
- LA DOCUMENTATION FRANCAISE (2005), «Réforme de l'Assurance Maladie en Europe», Technical report, Assurance Maladie.
- LÜNGEN M., LAUTERBACH K.W. (2000), «L'Upcoding suite à l'instauration du système de financement des hôpitaux par le classement des drg», or. «Upcoding-eine Gefahr für den Einsatz von DRGs (Diagnosis Related Groups)?», *Deutsche Medizinische Wochenschrift*, 125, pp. 852-856.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SOLIDARITÉS (2006), «Manuel des groupes homogènes de malades, 10ème version de la classification Version 10.10 de la fonction groupage».
- MAGARRY A. (1999), «Medicare and the New Australian Health Care Agreements: What can Australian expect over the next five years», *Casemix Quarterly*, 1(1), pp.
- MISSION T2A (2006), «L'organisation du financement hospitalier entre part à l'activité et autres modes de financement dans les systèmes étrangers de tarification

- a l'activité», Technical report, Ministère de la Santé et des Solidarités.
- MOUNTNEY L. (1998), «The Increasing Role of Casemix in understanding the nhs in England», *Casemix Quartely*, 0(1).
- MULDOON J.H. (1999), Structure and Performance of Different drg Classification Systems for Neonatal Medicine, *Pediatrics*, vol. 103, 1, Supplement January, pp. 302-318.
- NATIONAL HEALTH SERVICE (2006), «Providing health and social care policy, guidance and publications», Technical report, Department of Health.
- NATIONAL HEALTH SERVICE ENGLAND (2005), «Nhs in england», Technical report, National Health Service.
- NORDIC CENTRE FOR CLASSIFICATIONS IN HEALTH CARE (2005a), «The nordic drg-system», Technical report, Department of Public Health and Caring Sciences.
- NORDIC CENTRE FOR CLASSIFICATIONS IN HEALTH CARE (2005b), «Nord drg Manuel», Technical report, Department of Public Health and Caring Sciences.
- OFFICE FÉDÉRAL DE LA STATISTIQUE (2006), «Le système de santé», Technical report, Office Fédéral de la Statistique Suisse.
- PALMER G. (1998), *Australia Funding and Funding Structure*, The Health Department of Western Australia.
- PESEC B. (2002), «It-aspects of the Austrian Procedure and Diagnoses Orientated Hospital Financing System», PCS/E, 18<sup>th</sup> International Case Mix Conference.
- RAU F., HEMING DR F. (2005), «German Experiences with the implementation of a drg system. Germany», Conference on European Casemix based Hospital Prospective Payment system, Inek.
- SCHENKER L. (2001), «Le Financement des Hôpitaux Suisses par apdrg en 2002», Technical report, Institut d'économie et management de la santé de l'Université de Lausanne.
- SCHENKER L. (2005), «Financement des Hôpitaux par apdrg et Compensation des risques entre assureurs», Technical report, l'Association APDrg Suisse.
- SUTCH S. (2004), «Financial Reforms in the English nhs and the Revision of Casemix Groups», Technical report, NHS Information Authority.

Costo dell'abbonamento per l'anno 2007: € 270,00

# MECOSAN

## CONDIZIONI DI ABBONAMENTO

L'abbonamento annuo a **Mecosan**, Management ed economia sanitaria, decorre dall'inizio di ciascun anno solare e da diritto, in qualunque momento sia stato sottoscritto, a tutti i numeri pubblicati nell'annata.

Si intende tacitamente rinnovato se non perviene disdetta alla società editoriale, con lettera raccomandata, entro il 30 novembre dell'anno precedente a quello, cui la disdetta si riferisce.

La disdetta può essere posta in essere solo dall'abbonato che sia in regola con i pagamenti.

Per l'abbonamento non confermato, mediante versamento della relativa quota di sottoscrizione, entro il 31 dicembre dell'anno precedente a quello cui la conferma si riferisce, la società editoriale si riserva di sospendere l'inoltro dei fascicoli alla data del 30 gennaio di ogni anno, fermo restando per l'abbonato l'obbligazione sorta anteriormente. L'amministrazione provvederà all'incasso nella maniera più conveniente, addebitando le spese relative.

In caso di mancato, ritardato e/o insufficiente pagamento, l'abbonato è tenuto a corrispondere in via automatica, ai sensi del D.L.vo 9 ottobre 2002, n. 231, gli interessi di mora, nella misura mensile del tasso legale pubblicato all'inizio di ogni semestre solare sulla Gazzetta Ufficiale. Inoltre tutte le eventuali spese sostenute dalla **SIPIS** per il recupero di quanto dovute, ivi comprese le spese legali (sia giudiziali che stragiudiziali) saranno a carico dell'abbonato inadempiente, che dovrà effettuare il pagamento su semplice richiesta.

Il pagamento, sempre anticipato, dell'abbonamento, potrà essere effettuato mediante:

- c.c.p. n. **72902000** intestato a **SIPIS** s.r.l.;
- assegno bancario o circolare non trasferibile intestato a **SIPIS** s.r.l.;
- bonifico bancario (SANPAOLO IMI, Ag. n. 59 Roma, cod. BBAN: A 01025 03282, c/c 100000000178), con eventuali spese di commissione bancaria a carico dell'abbonato.

Il prezzo di abbonamento per l'anno 2007 è fissato in:

**€ 270,00 per l'abbonamento ordinario**

In caso di **abbonamento plurimo** (più copie), si applica:

per ordine di almeno 6 abbonamenti - la riduzione del	3%
per ordine di almeno 12 abbonamenti - la riduzione del	5%
per ordine di almeno 24 abbonamenti - la riduzione del	10%
per ordine di almeno 36 abbonamenti - la riduzione del	15%

Per qualsiasi controversia è competente esclusivamente il foro di Roma.

È ammesso, per i fascicoli non pervenuti all'abbonato, reclamo, per mancato ricevimento, entro 30 giorni dall'ultimo giorno del mese di riferimento del fascicolo; la società editoriale si riserva di dare ulteriormente corso all'invio del fascicolo relativo, in relazione alle scorte esistenti.

Decorso in ogni caso il predetto termine, il fascicolo si spedisce contro rimessa dell'importo riservato per gli abbonati (sconto del 25% sul prezzo di copertina).

Non è ammesso il reclamo, se il mancato ricevimento sia dovuto a cambiamento di indirizzo non comunicato, per tempo, mediante lettera raccomandata alla società editoriale, e non sia stata contemporaneamente restituita l'etichetta riportante il vecchio indirizzo.

Il prezzo di un singolo fascicolo di un'annata arretrata è pari di norma al prezzo del fascicolo dell'annata in corso, fatte salve eventuali campagne promozionali.

Il prezzo dell'abbonamento 2007 per l'estero è fissato come segue: € 270,00, per l'Europa unita; € 370,00, per il resto del mondo (più spese postali).

**La spesa per l'abbonamento a MECOSAN, trattandosi di rivista tecnica, potrà essere considerata costo fiscalmente deducibile dai redditi professionali e d'impresa.**

## ANNATE ARRETRATE

Fino ad esaurimento delle scorte le annate arretrate saranno cedute al prezzo sottoindicato:

Volume 1°, annata 1992 (formato 21x28, fascicoli n. 4, pagg. 556)	€ 260,00 *
Volume 2°, annata 1993 (formato 21x28, fascicoli n. 4, pagg. 586)	€ 260,00 *
Volume 3°, annata 1994 (formato 21x28, fascicoli n. 4, pagg. 660)	€ 260,00 *
Volume 4°, annata 1995 (formato 21x28, fascicoli n. 4, pagg. 540)	€ 260,00 *
Volume 5°, annata 1996 (formato 21x28, fascicoli n. 4, pagg. 640)	€ 260,00 *
Volume 6°, annata 1997 (formato 21x28, fascicoli n. 4, pagg. 648)	€ 260,00 *
Volume 7°, annata 1998 (formato 21x28, fascicoli n. 4, pagg. 700)	€ 260,00 *
Volume 8°, annata 1999 (formato 21x28, fascicoli n. 4, pagg. 664)	€ 260,00 *
Volume 9°, annata 2000 (formato 21x28, fascicoli n. 4, pagg. 716)	€ 260,00 *
Volume 10°, annata 2001 (formato 21x28, fascicoli n. 4, pagg. 712)	€ 260,00 *
Volume 11°, annata 2002 (formato 21x28, fascicoli n. 4, pagg. 664)	€ 270,00 *
Volume 12°, annata 2003 (formato 21x28, fascicoli n. 4, pagg. 636)	€ 270,00 *
Volume 13°, annata 2004 (formato 21x28, fascicoli n. 4, pagg. 636)	€ 270,00 *
Volume 14°, annata 2005 (formato 21x28, fascicoli n. 4, pagg. 636)	€ 270,00 *
Volume 15°, annata 2006 (formato 21x28, fascicoli n. 4, pagg. 620)	€ 270,00 *

**Nel caso di ordine contestuale, tutte le annate arretrate saranno cedute, con lo sconto del 15%, al prezzo speciale di € 3.357,50, anziché € 3.950,00, e, nel caso siano richieste più copie della stessa annata, sarà praticato uno sconto particolare.**

\* Disponibile anche in CD-rom.